Rok XLVII. Kraków, dnia 12. grudnia 1908. Nr 50.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich,
organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu oraz Towarzystw lekarskich
polskich w Kijowie i Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Uwagi kliniczne, dotyczące badania okolicy biodrowo-kątniczej.

Podał

Prof. Dr Witold Orłowski.

Dla lepszego zoryentowania się w usadowieniu różnych spraw, zachodzących w jamie brzusznej, anatomia i patologia rozdziela, jak wiadomo, przednią powierzchnię brzucha przez przeprowadzenie odpowiednich linii na kilka okolic. W tym celu Anderson, który zestawił poglądy 14 autorów, przyjmuje dwie linie poziome: jedną, przechodzącą przez najniższe punkty dolnego otworu klatki piersiowej, i drugą, łączącą górne przednie kolce kości biodrowych, i dwie pionowe, idące przez środek więzadeł pachwinowych. Prawie te same linie przyjmuje i Cunningham, który górną linię poziomą prowadzi przez najniższe punkty X-ych żeber, a dolną linię poziomą przez górne punkty grzebienia kości biodrowych, które leżą o 5·5 cm ku tyłowi od górnych przednich ich kolców. Smith, uznając podział Andersona, radzi dla celów praktycznych jako linie pionowe brać brzegi zewnętrzne mięśnia prostego brzucha. Thomson przyjmuje następujące punkta podstawowe: 1) spojenie chrząstkowe trzonu mostka z wyrostkiem mieczykowatym, 2) górne przednie kolce kości biodrowych, 3) najniższy punkt X-ych żeber i 4) spojenie kości łonowych. Łącząc punkt pierwszy z czwartym, pierwszy z obydwoma górnymi przednimi kolcami biodrowymi, obydwa kolce między sobą, wreszcie przeprowadzając linię poziomą przez najniższe punkty X-ych żeber, otrzymuje Thomson parzyste okolice: podżebrową, nadpępkową, zewnętrzną brzuszną, pępkową i pachwinową. Większość atorów uznaje jednak podział przedniej powierzchni brzusznej zapomocą dwóch linii poziomych, odpowiadających liniom Cunninghama, i dwóch pionowo-skośnych, prawie schodzących się w samym dolnym odcinku; każda z tych ostatnich idzie od najniższego punktu X-ych żeber ku guzkowi łonowemu po stronie odpowiedniej. Za pomocą tych linii przednia powierzchnia brzucha rozdziela się na trzy okolice: nadpępkową, śródbrzuszną i podbrzuszną. W każdej z tych okolic dzięki liniom pionowym odróżniamy trzy podokolice, mianowicie w okolicy nadpępkowej — *regio epigastrica*, odróżniamy nadpępcze właściwe — *reg. epigastrica sensu strictiori* (*epigastrium, praecordium, r. cardiaca*), i podżebrza: *r. hypochondriaca dextra* i *sinistra seu hypochondrium dextr. et sinistr.*; w okolicy śródbrzusznej odróżniamy, okolicę pępkową — *reg. umbilicalis* i okolice boczne brzucha — *reg. abdominalis lateralis dextra et sin. seu r. iliaca dextra et sin. seu r. lumbalis dextra et sin.*; wreszcie w okolicy podbrzusznej odróżniamy podbrzus zewłaściwe — *reg. pubica seu hypogastrium* i okolice pachwinowe — *reg. inguinalis dextra et sin. seu r. iliaca Richet.* Ze wszystkich tych okolic jedno z przodujących miejsc w patologii zajmuje okolica pachwinowa prawa *(regio inguinalis dextra s. r. iliaca Richet)* i dalszy odcinek bocznej prawej okolicy brzucha *(reg. abdominalis lateralis dextra)*, odpowiednio bowiem do pogranicza tych okolic usadowiona jest prawa zatoka biodrowa, w której znajduje się kątnica i po części wyrostek robaczkowy; ponieważ w tej zatoce biodrowej jelito biodrowe przechodzi w kątnicę, przeto ta okolica otrzymała nazwę okolicy krętniczo-kątniczej czyli kątniczo-biodrowej (*reg. ileocoecalis*). Badanie tej właśnie okolicy stanowi przedmiot niniejszej pracy, opartej na danych piśmienniczych i własnych badaniach i spostrzeżeniach.

Przy badaniu fizycznem okolicy krętniczo-kątniczej stosujemy zwykłe nasze metody, mianowicie oglądanie, macanie, opukiwanie i osłuchiwanie.

Przez oglądanie otrzymujemy zwykle niewiele oznak. Tu należą wysypki, które spostrzegamy w tej okolicy w niektórych chorobach zakaźnych, np., podczas ospy, duru i t. d., rozszerzenie gałęzi żylnych w tkance podskórnej wskutek utrudnienia odpływu krwi żylnej przez dolną żyłę główną, zależnego od znacznego osłabienia siły prawej komory serca lub od silnego ucisku tej żyły przez płyn wolny w brzuchu, wreszcie wskutek żylakowego obrzmienia żył bez przeszkód dla obiegu krwi w układzie żylnym (Braune). Oglądanie może nam wykryć wreszcie miejscowe wypuklenie, zależne od rozwoju nowotworu lub zatkania światła niżej połączonych odcinków jelita grubego, obecność przetok i t. d.

O wiele ważniejsze dane otrzymujemy drogą macania okolicy krętniczo-kątniczej. Tu, jak i w innych okolicach brzucha, metoda ta ze względu na wartość otrzymywanych przy jej stosowaniu danych jest niezaprzeczalnie pierwszorzędną.

Przy macaniu zwracamy przedewszystkiem uwagę na tkliwość zarówno powłok, jak i głęboko leżących narządów. Badanie czułości skóry jest cenne, jak wykazują spostrzeżenia Müllera, Mackenziego, Moullina, Pei-

sera, Sherrena i innych, zwłaszcza w razie podejrzenia istnienia zapalenia wyrostka robaczkowego. Już Müller wykazał, że w ostrem zapaleniu tego wyrostka, pomimo głębokiej bolesności, najwybitniej wyrażonej w punkcie Mc Burneya, nieraz spostrzegamy osobny pas nadczułości skórnej, usadowiony zwykle tuż koło punktu Mc Burneya. Peiser w 9 z 11 przypadków zapalenia wyrostka robaczkowego znalazł również wyraźne zaburzenia czułości skórnej w okolicy kątnicy, mianowicie, w 6 przytępienie czucia, w 2 przeczulicę, wreszcie w jednym początkowe przytępienie czucia, a następnie przeczulicę. Spostrzeżenia Sherrena wykazują, że nadmierna wrażliwość na ból może dopomódz nawet do rozpoznania charakteru zapalenia i dać wskazówki dla leczenia operacyjnego lub zachowawczego. Jakkolwiek usadowienie, kształty i rozległość tej wrażliwości nadmiernej przedstawiają się w poszczególnych przypadkach zapalenia wyrostka robaczkowego rozmaicie, pomimo tego najczęściej przybiera ona kształty trójkąta, którego podstawa odpowiada linii środkowej brzucha, wierzchołek leży nieco na zewnątrz od górnego przedniego kolca biodrowego, dolny zaś brzeg sięga aż do więzadła pachwinowego; szerokość tego pasa wrażliwości na ból wynosi u dorosłych prawie 7 cm. Według Sherrena, wskazany trójkąt zawsze znajdujemy w pierwszym napadzie zapalenia wyrostka robaczkowego; w następnych napadach nie spostrzegamy go w tych przypadkach, w których pierwszy napad doprowadził do zupełnego zniszczenia włókien nerwowych w ścianach wyrostka robaczkowego. W miarę zdrowienia równolegle z polepszeniem stanu chorego przeczulica stopniowo się zmniejsza. Przeciwnie, szybkie lub nagłe zniknięcie jej jest oznaką przedziurawienia (Moullin) lub zgorzeli wyrostka, zwłaszcza, gdy jednocześnie nie widzimy poprawy ogólnego stanu chorego. Podobne znaczenie ma mieć, zdaniem tych autorów, również brak nadmiernej wrażliwości skóry na ból we wczesnym okresie pierwszego napadu zapalenia wyrostka robaczkowego. W ropnem zapaleniu wyrostka przeczulica może istnieć lub nie. Własne badania, przeprowadzone dla sprawdzenia twierdzeń wyżej wymienionych autorów, przekonały mnie jednak, że badanie czułości skórnej w okolicy krętniczo-kątniczej, wzbogacając nieraz badacza w cenne wskazówki przy zapaleniu wyrostka robaczkowego, nie usuwa niezbędności najszczegółowszego zbadania zarówno okolicy biodrowo-kątniczej, jak i całego ustroju, ponieważ, jak nieraz przekonywałem się, dane, otrzymywane przy badaniu czułości skóry, nie są właśnie znamienne. Zwłaszcza całkiem stanowczo muszę podkreślić niezbędność obznajomienia się przy tych badaniach ze stanem czułości skóry w innych częściach ustroju, ponieważ przeczulica, przytępienie czucia i bezczułość skóry mogą w omawianej okolicy zależeć nie od miejscowych zmian patologicznych, lecz od choroby całego układu nerwowego, która czasami najwybitniej przejawia się w okolicy biodrowo-kątniczej w postaci zaburzeń czułości skórnej. Badanie czułości skórnej przeprowadzamy w ten sposób, że, uchwyciwszy skórę w fałd, ugniatamy ją wśród palców, rozpoczynając badanie w pobliżu okolicy biodrowo-kątniczej i coraz bardziej zbliżając się do niej. Badanie należy prowadzić bardzo ostrożnie w tym celu, żeby nie wywołać głębokiej bolesności w punkcie Mc Burneya. Analogicznie do innych pasów przeczulicowych Heada, zjawienie się przeczulicy w zapaleniu wyrostka robaczkowego tłómaczy się ścisłą łącznością czynnościową między nerwami wyrostka robaczkowego i nerwami skóry, idącymi do tegoż samego odcinka rdzenia kręgowego.

Po zbadaniu czucia skórnego okolicy biodrowo-kątniczej przechodzimy do głębszego macania. Tu przedewszystkiem zwracamy uwagę na stopień napięcia powłok zewnętrznych. Jakkolwiek w wysokim stopniu wartościowe badania Lennandera, stwierdzone niedawno przez Haima, Nast-Kolla i in., a dotyczące czułości jamy brzusznej, wykazały, że cały szereg narządów brzusznych, jakoto żołądek, jelita, przedni brzeg wątroby, pęcherzyk żółciowy, sieć, błona surowicza pęcherza moczowego, nerki, wyrostek robaczkowy nawet w stanie zapalnym i t. d. wcale nie odpowiadają na podrażnienia bolesne, mimoto jednak przekonywamy się co dnia, że sprawom zapalnym w okolicy kątniczej nader często towarzyszy bolesność, zależna, jak wykazują badania Lennandera i spostrzeżenia Sprengela, od wciągnięcia w sprawę chorobową otrzewnej ściennej. Ta okoliczność jest przyczyną częstego występowania w zapaleniach wyrostka robaczkowego nadmiernej oporności powłok brzusznych w okolicy biodrowo-kątniczej t. zw. »abdominal rigidity« autorów angielskich. Tworząc z naprężonych mięśni brzucha znaczny opór dla macającej ręki, chory chroni przez to od urazu narządy głęboko położone i zajęte sprawą zapalną. Nieraz stopień naprężenia bywa tak silny, że wymacać cokolwiek w zatoce biodrowej wprost niepodobna W tych razach używam metody, wykrytej jednocześnie i niezależnie przez Rovsinga i Chasea. Metoda ta zawiera się w następującem: położywszy kiść lewej ręki na okolicę lewej zatoki biodrowej i naciskając ją na jelita, odprowadzamy jej palce prawą ręką w kierunku ku górze, więc do okrężnicy: w razie zapalenia wyrostka robaczkowego gazy jelitowe, wtłaczając się do więcej dośrodkowych części okrężnicy, sprawiają przy tym zabiegu znamienny ból w punkcie Mc Burneya Metoda ta, zdaniem Rovsinga i Chasea, jako zupełnie bezpieczna, ma ogromne znaczenie rozpoznawcze, zwłaszcza w ostrych przypadkach. Mimoto tej metodzie Rovsing nadaje i znaczenie różniczkowo-rozpoznawcze w tych przypadkach, gdy w okolicy krętniczo-kątniczej wyczuwa się obrzmienie i stwierdza się ból: tylko bole, zależne od zajęcia wyrostka robaczkowego lub kątnicy, wzmagają się przy ucisku według sposobu Rovsing-Chasea na zdrowe części okrężnicy, choroby zaś nerek, kamyki lub zapalenie moczowodu, zmiany jajowodu i inne schorzenia objawu Rovsing-Chasea nie dają. Moje własne, co prawda nieliczne, spostrzeżenia stwierdziły ogromne rozpoznawcze znaczenie metody Rovsing-Chasea, pozwoliła mi ona bowiem w niektórych nadzwyczaj trudnych co do rozpoznania przypadkach wywiązać się szczęśliwie z zadania. W biegu tych spostrzeżeń przekonałem się jednak, że i ta metoda nie zawsze może być stosowana: istotnie, nie może ona dopomódz nam w rozpoznaniu w przypadkach, przebiegających przy objawach rozlanej bolesności brzucha lub nader silnego ogólnego rozdęcia. W kilku wreszcie przypadkach przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego, metoda Rovsing-Chasea dała mi również wynik ujemny. Z innych autorów, którzy sprawdzali metodę Rovsing-Chasea, Rinne zaznacza, że w przypadkach zro-

stów wyrostka robaczkowego z tkanką przymaciczną badanie metodą Rovsinga nie rozstrzyga pytania o pierwotnem ognisku zapalenia.

Obok metody Rovsing-Chasea stosuję jeszcze jedną metodę macania, ułatwiającą rozpoznanie zapalenia wyrostka robaczkowego, mianowicie badam t. zw. »Zurückschnellungphänomen« Blumberga. Naciskając na punkt Mc Burneya, pytamy chorego, czy uczuwa ból; następnie szybko odejmujemy rękę i znów pytamy, czy w chwili odjęcia odczuwa ból, i który z nich jest dotkliwszy. Blumberg twierdzi, że w przypadkach ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego, również w razie obostrzenia sprawy zapalnej, szybkie odejmowanie ręki wywołuje nader silny ból, zależny od wstrząśnienia otrzewnej, wciągniętej w sprawę zapalną. Ewald i Tretzel wkrótce stwierdzili doniosłość tej metody; jednocześnie jednak spostrzeżenia tych badaczy wykazały, że objaw Blumberga nie jest znamienny dla zapalenia wyrostka robaczkowego; jako zależny od zapalenia otrzewnej, może on wystąpić i w innych chorobach, przebiegających z jednoczesnem zajęciem otrzewnej, n. p. w razie zapalenia przydatków macicy z zajęciem otrzewnej i t. d. Z drugiej strony na mocy własnych spostrzeżeń dochodzę do wniosku, że objaw ten nieraz wypada ujemnie w tych przypadkach przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego, które wskutek łagodnego swojego przebiegu nasuwają pewne trudności w rozpoznaniu, a z drugiej strony w tych przypadkach, w których wskutek częstych nawrotów zapalenia wytworzyły się już obfite zrosty naokoło wyrostka. Wobec tego ujemny wynik badania metodą Blumberga nie ma, mojem zdaniem, rozstrzygającego znaczenia, i jest on raczej ważnym dla rokowania. Więcej wagi przykładam pod względem rozpoznawczym do dodatniego wyniku badania tą metodą, ponieważ przekonałem się, że w chorobach, przebiegających z bolami w brzuchu, lecz bez jednoczesnego zajęcia otrzewnej, n. p., w ostrem zapaleniu jelit, w kolce jelitowej, bębnicy i t. d., objaw Blumberga wypada zawsze ujemnie. W razach dodatniego wyniku objaw ten jednak wskazuje tylko, o ile mogę sądzić z danych piśmienniczych i z własnego doświadczenia, na zajęcie sprawą zapalną otrzewnej.

Przechodzę teraz do szczegółowego badania metodą macania tych narządów, które są usadowione w prawej zatoce biodrowej i w jej sąsiedztwie. Tu musimy zatrzymać się na badaniu kątnicy, dolnego odcinka okrężnicy wstępującej, wyrostka robaczkowego, dolnej części jelita biodrowego i gruczołów krezkowych, usadowionych w tępym kącie pomiędzy jelitem biodrowem, a okrężnicą wstępującą. Dla lepszego zoryentowania się badanie każdego z tych narządów poprzedzę niezbędnemi danemi z anatomii.

Kątnica leży w prawej zatoce biodrowej: według Perondi, najczęściej ją spotykamy w dolnej zatoce biodrowej prawej *(fossa iliaca dextra inferior)* (45,83%), następnie w zatoce biodrowej środkowej górnej *(fossa iliaca media superior)* (14,58%); zaledwie w 25% ta siedziba kątnicy była poza obrębem zatoki biodrowej. Wskutek zboczeń w rozwoju jelit kątnica może jednak leżeć w innych częściach brzucha (Hausman, Curschmann). Hausman podaje przypadki, w których kątnica znajdowała się w lewem podżebrzu, w prawem podżebrzu, wreszcie w lewej połowie brzucha ponad więzadłem pachwinowem. W warunkach zwykłych przy badaniu na żywym osobniku położenie kątnicy zmienia się zależnie od tego, czy jest ona wypełniona gazami, czy też masami kałowemi, czy okrężnica wstępująca jest wzdęta, czy przeciwnie skurczona. Przy obfitej zawartości w kątnicy mas kałowych opuszcza się ona wskutek ciężaru ku dołowi do mięśnia lędźwiowo-udowego *(m. ileo-psoas)* i nawet ponad tym mięśniem do jamy miednicy małej. Jeśli zaś kątnica jest przepełniona gazami, rozdyma się ona nietylko ku dołowi, lecz i na zewnątrz, i wtenczas przylega bezpośrednio do ściany brzusznej, odpowiednio do zewnętrznej połowy więzadła pachwinowego. W razie przepełnienia, zwłaszcza gazami, okrężnicy wstępującej, gdy ona nietylko się rozszerza, lecz i wydłuża, obsuwa się kątnica ku dołowi. Przeciwnie gdy okrężnica jest próżna i zmniejszona we wszystkich wymiarach, kątnica podnosi się do grzebienia kości biodrowej. Z prawej zatoki biodrowej kątnica skierowuje się z dołu, z przodu i od strony lewej ku górze, ku tyłowi i w prawo i w swym biegu przecina pod kątem prostym linię, łączącą górny przedni kolec biodrowy z pępkiem *(lin. spino-umbilicalis)* na odległości prawie 5 cm od kolca, więc mniejwięcej odpowiednio do granicy pomiędzy zewnętrzną, a środkową $^1/_3$ wyżej wymienionej linii. U mężczyzn znajdujemy kątnicę najczęściej nieco na wewnątrz od tej linii, u kobiet zaś na zewnątrz. Dolny ślepy koniec kątnicy leży ponad *lin. bispinalis*, łączącą obydwa kolce biodrowe; najkrótsza odległość między środkiem dolnego końca kątnicy, a tą linią wynosi najczęściej u mężczyzn 1 cm, u kobiet przeciwnie dolny koniec kątnicy leży albo na *lin. bispinalis*, albo nieco niżej. Długość kątnicy bywa różna i zależy od stopnia wypełnienia jej gazami: przy miernem wzdęciu, jak wykazują zestawienia z liczb Luschki, Sappeya, Quaina, Henlego, Struthersa i Berry — wynosi ona średnio 7 cm. Najczęściej wyczuwamy kątnicę w kształcie miernie naprężonego gładkiego walca o średnicy 4—6 cm; ku dołowi walec ten nieco się rozszerza i kończy się zaokrąglonem dnem, które przy macaniu daje kruczenie. Obecność tego okrągławego dna ułatwia odróżnianie kątnicy od okrężnicy poprzecznej i jelita biodrowego. Rozmiary światła kątnicy zależą od stopnia skurczu jej mięśni. Okoliczność ta wpływa na kształt kątnicy. Prof. Jaworski z Łapińskim na 440 przypadków, w których powiodło im się wyczuć kątnicę, znalazł ją w kształcie równego walca 145 razy, nie gładką 12 razy, w kształcie wiotkiego worka 31 razy, jako gładki sznurek 4 razy, jako postronek 7 i t. d.

Badanie kątnicy przeprowadzam w sposób następujący: po opróżnieniu pęcherza moczowego kładzie się chory na wznak z wyciągniętemi kończynami dolnemi i nie wysoko położoną głową; stojąc lub siedząc możliwie wygodniej dla uniknięcia zbytecznych skurczów własnych mięśni po prawej stronie chorego twarzą do jego brzucha, przeprowadzam zgiętymi palcami prawej ręki po przedniej ścianie brzusznej w kierunku od pępka do górnego kolca kości biodrowej odpowiednio do linii pępkowo-kolcowej *(lin. spino-umbilicalis)*, więc, prostopadle do osi kątnicy; jednocześnie stopniowo i ostrożnie, aby uniknąć ruchów gwałtownych, naciskam na ścianę brzuszną, usiłując przy każdym wydechu, gdy napięcie powłok brzusznych obniża się, dostać się możliwie głębiej do jamy brzusznej; zagłębiając się w ten sposób coraz dalej, dochodzę stopniowo do zatoki biodro-

wej i tu w wielu razach na granicy prawej bocznej okolicy brzucha i prawej okolicy pachwinowej wyczuwam walcowatą kątnicę. Edebohls dla przyspieszenia badania radzi za punkt wyjścia brać tętnicę biodrową *(a. iliaca)*, Rose zaś linię bezimienną. Wyczuwanie kątnicy nieraz ułatwia również stosowanie metody, poleconej przez prof. Obrazcowa: kłębem *(thenar)* i zewnętrzną powierzchnią palca wielkiego lewej ręki naciskamy początkowo na linię środkową brzucha na poziomie, odpowiednim do ułożenia prawej ręki, a następnie, nie zmniejszając ucisku lewą ręką, szukamy kątnicy; przy takim zabiegu opór, stawiany uciskowi lewą ręką, występujący, jako skurcz mięśni, odpowiednio do linii środkowej brzucha, przeszkadza poniekąd powstaniu takiegoż oporu w miejscu badania kątnicy. Jeśli i tą metodą nie uda się wyczuć kątnicy, w niektórych przypadkach, zwłaszcza przy wysokiem jej usadowieniu, można ją czasami wyczuć (Obrazcow) metodą, którą stosujemy przy wymacywaniu nerek. Lecz i ta metoda nie zawsze daje wyniki dodatnie. Wobec tego za punkt wyjścia przy badaniu kątnicy zwykłem brać mięsień lędźwiowo-udowy, który najłatwiej wyczuwa się w poziomem położeniu chorego z nieco podniesioną i obróconą na zewnątrz prawą dolną kończyną; w tem położeniu napięcie mięśnia jest największe. Moja więc metoda jest zbliżona do tej, którą niedawno ogłosili Prof. Jaworski i Łapiński dla macania wyrostka robaczkowego. Różnica polega na tem, że Prof. Jaworski i Łapiński zadowalniają się podniesieniem kończyny o pół metra, nie okręcając jej nazewnątrz. Porównując po zapoznaniu się z metodą Prof. Jaworskiego obydwie metody, doszedłem jednak do wniosku, że przy stosowaniu mojej metody mięsień lędźwiowo-udowy występuje o wiele wyraźniej, niż przy metodzie Prof. Jaworskiego, przy której napięcie mięśni jest mniejsze. Rzeczą jest zrozumiałą, że i tą metodą nie zawsze powiedzie się wyczuć kątnicę. Znaczny rozwój podściółki tłuszczowej, silne napięcie powłok brzusznych, obecność puchliny brzusznej, silne wzdęcie brzucha, wybitna bolesność miejscowa i inne warunki mogą przyczynić się do ujemnych wyników badania. Obrazcow na 109 poddanych badaniu mężczyzn wyczuł kątnicę u 56, więc w 51,4%, na 60 zaś kobiet u 35 (58%); Prof. Jaworski i Łapiński na 800 mężczyzn wyczuli ją 440 (55%) razy, w tej liczbie na 352 przypadki o powłokach grubych lub niepodatnych 99 (28,1%) razy. Mnie na 305 mężczyzn powiodło się wyczuć zdrową kątnicę 162 razy, więc w 53,1%.

Muszę jeszcze zaznaczyć, że w tych przypadkach, w których badanie kątnicy, zarówno jak wyrostka robaczkowego jest nader ważne dla rozpoznania choroby, przeprowadzam badanie na chorym, znajdującym się w ciepłej kąpieli, która zmniejsza w znacznej mierze napięcie powłok brzusznych i przez to ogromnie ułatwia dostęp do narządów głęboko leżących.

Badając kątnicę, musimy wyjaśnić sobie jej położenie, stopień ruchomości, właściwości jej ścian, rozmiary jej światła, zawartość i stopień bolesności przy ucisku.

Położenie kątnicy, jeśli wyłączyć różne zboczenia, zmienia się w warunkach patologicznych w tych przypadkach, gdy występuje skrócenie jej krezki. Zjawisko to często spotykamy u chorych na raka kątnicy lub gruźlicze jej zmiany, gdy krezka kątnicy i okrężnicy wstępującej ulega rakowatemu lub gruźliczemu naciekowi i wskutek tego ściąga się. W tych przypadkach znajdujemy wysokie ułożenie kątnicy.

Ruchomość kątnicy w stanach patologicznych może ulegać również zmianom. Już Nothnagel uważał za nadzwyczaj cechujące dla raka kątnicy, że zajęta tą sprawą kątnica jest w wysokim stopniu ruchomą; tę ruchomość tłómaczył on znacznem rozciągnięciem krezki. W większości jednak przypadków znajdujemy obniżenie ruchomości kątnicy, niekiedy nawet zupełne unieruchomienie kątnicy, zależne od zrostów. Tak np. w razie rakowego zajęcia kątnicy, pierwotna znaczna jej ruchomość obniża się i nawet znika w dalszym przebiegu choroby, gdy sprawa nowotworowa po nacieczeniu ścianek szerzy się na krezkę lub wywoła zlepne zapalenie otrzewnej. To samo stosuje się i do gruźlicy kątnicy; kątnica jest ruchomą tylko do tego czasu, póki sprawa chorobowa ogranicza się tylko do ścianek i nie przejdzie na otrzewną.

Co się dotyczy właściwości ścianek kątnicy, to one zmieniają się w razie rozwoju w kątnicy nowotworów lub w zapaleniach kątnicy bez lub z jednoczesnem zajęciem wyrostka robaczkowego. Przypadki zapaleń bez udziału wyrostka, przebiegające pod obrazem klinicznym zapalenia wyrostka robaczkowego, są wielce pouczające i nader ważne, ponieważ dowodzą one stanowczo możliwości pierwotnego zapalenia kątnicy w postaci *typhlitis stercoralis*, które większość klinicystów zupełnie odrzuca. W przypadkach rozwoju nowotworów złośliwych, najczęściej raka, kształt kątnicy może do takiego stopnia się zmienić, że jej ścian już się więcej nie wyczuwa, zależnie od tego, że rak wzrasta na objętość przeważnie wskutek nagromadzenia się mas rakowych bez wybitnego oddziaływania ze strony tkanki otaczającej; w tych przypadkach znajdujemy nowotwór o bardzo wyraźnie ściętych brzegach (Obrazcow), a nad nim okrężnicę wstępującą ze zgrubiałemi nieraz ścianami. Przeciwnie, w gruźlicy kątnicy i w sprawach zapalnych wyczuwamy zupełnie wyraźnie samą kątnicę, której kształty i sprężystość pozostają zachowane, w tych razach ściany kątnicy są zgrubiałe, naciekłe, naciek w kierunku ku górze stopniowo zmniejsza się.

(C. d. n.)

Z oddziału II. w Szpitalu Wolskim w Warszawie.

Badania nad czynnością układu tętniczego w stwardnieniu tętnic *(arteriosclerosis)*.

Podał

Kazimierz Rzętkowski, ordynator oddziału.

(Dokończenie).

Na zasadzie powyższego możemy już obecnie uprzytomnić sobie, w jaki sposób azotyn amylowy działa na układ krążenia chorych na stwardnienie tętnic. Przedewszystkiem widzieliśmy, że we wszystkich badanych przezemnie przypadkach AN obniżał ciśnienie tętnicze, które spadało w niektórych przypadkach nieznacznie — tak jak u ludzi

zdrowych, w innych znowu bardzo znacznie, bo aż do 39% wysokości poprzedniej. W ten sposób stwierdziliśmy, że u znacznie przeważającej liczby chorych na stwardnienie tętnic podniesienie ciśnienia tętniczego jest wywołane nie przez stałe organiczne zesztywnienie wszystkich tętnic, lecz raczej przez czynnościowy skurcz ich większości (na obwodzie). Rozluźnienie tętnic pod wpływem AN u chorych na stwardnienie tętnic jest znaczne i ciśnienie tętnicze rozkurczowe spada u nich do liczb blizkich normy ludzi zdrowych, acz nieco wyższych. Stwierdziwszy owo rozluźnienie, do którego jest zdolne drzewo tętnicze u chorych na stwardnienie tętnic, widzieliśmy dalej, że u przeważającej większości tych chorych obniżenie ciśnienia nie jest skutkiem osłabienia serca, które w wielu razach pracuje nawet silniej. Tylko w niewielkiej liczbie przypadków mamy do czynienia prawdopodobnie z objawami mniej silnej pracy serca (zmniejszenie się iloczynu: Tętno $\times$ Amplituda w okresie wdychania AN). Tu w spadku ciśnienia możnaby uznać współdziałanie ze strony niedostatecznej działalności serca. Atoli w większości przypadków wzrost w okresie wdychania AN iloczynu T $\times$ A zdaje się świadczyć o wzmożeniu się pracy serca, które mimo to zgoła nie potrafi pokryć spadku ciśnienia. W tych razach mamy niewątpliwie do czynienia ze stałem i organicznem zesztywnieniem ścian tętnic trzewnych. Nawet u tych chorych, u których praca serca, w postaci iloczynu T $\times$ A przedstawiona, uległa w badaniach naszych zmniejszeniu, nie jest zgoła wyłączone nieruchome zesztywnienie tętnic trzewnych, bowiem przypuszczać, że azotyn amylu działał tu pierwotnie na serce, zmniejszając jego sprawność, byłoby to mniemać wbrew naszym dotychczasowym wiadomościom o działaniu farmakologicznem tego środka, który jest »par excellence« naczynioruchowym.

* * *

Zwróćmy się teraz do rozpatrzenia, jak się zachowuje układ tętniczy po odstawieniu AN. Jak to zauważyliśmy powyżej, u zdrowych powraca on niezwłocznie bez żadnych wybitniejszych wahań do normy. Stwierdza to następujące zestawienie:

Tętnc	Ciśnienie tętnicze skurczowe	Ciśnienie tętnicze rozkurczowe	Amplituda	
		Dr O.		
67	124	102	22	przed AN
96	112	93	19	podczas AN
68	125	101	24	w 2—3 min. po odst. AN.
		Stud. Z.		
76	117	95	19	przed AN
94	110	92	18	podczas AN
78	113	97	16	w 2—3 min. po odst. AN.

Jak widzimy, układ tętniczy u zdrowych posiada elastyczność doskonałą, t. j. po rozciągnięciu wraca do wymiarów poprzednich niezwłocznie, na co wskazują nieznaczne różnice w ciśnieniu rozkurczowem (1—2 mm.) przed i po AN, będące w każdym razie w granicach błędu naszej dzisiejszej metody pomiarów sfigmomanometrycznych.

Przejdźmy do chorych na stwardnienie tętnic.

Nr I.

Tętno	Ciśnienie tętnicze skurczowe	Ciśnienie tętnicze rozkurczowe	Amplituda	Czas
		przed AN		
92	180	158	22	
		podczas AN		
100	132	110	22	godz. 12,56′
		po AN		
	158			zaraz po odst.
90	174			zaraz po odst.
92	160	142	18	1-a
93	178	161	17	1,5′
93	161	146	20	1,10′
84	180	163	17	na drugi dzień.

Widzimy tu, że po odstawieniu AN jeszcze w 14 minut rozluźnione naczynia nie powróciły do kalibru poprzedniego; widzimy tu też dosyć znaczne wahania w ciśnieniu rozkurczowem i w amplitudzie.

Nr II.

Tętno	Ciśnienie tętnicze skurczowe	Ciśnienie tętnicze rozkurczowe	Amplituda	Czas
		przed AN		
101	172	149	23	
		podczas AN		
114	148	123	25	
		po AN		
100	158	138	20	w 4 min. po odst.
96	154	132	22	8 » »
102	150	135	19	16 » »
99	150	112	18	23 » »

Widzimy tu, że nawet po upływie 23 minut po odstawieniu AN ciśnienie nie wróciło jeszcze do normy i różnica w ciśnieniu rozkurczowem wynosiła jeszcze 17 mm.

Nr III.

Tętno	Ciśnienie tętnicze skurczowe	Ciśnienie tętnicze rozkurczowe	Amplituda	Czas
		przed AN		
75	211	169	42	
		podczas AN		
98	136	103	33	
		po AN		
68	218	168	50	w 4 min.
70	195	157	38	9 »
78	190	162	28	30 »

Przypadek ten uwydatnia bardzo interesujące zjawisko, mianowicie też podskok znaczny ciśnienia skurczowego i amplitudy bezpośrednio po odstawieniu AN. Czy oznaczać to ma znaczne wzmożenie skurczowego rzutu krwi po okresie AN rozluźnienia tętnic, jako następstwo wypoczynku serca w fazie tego rozluźnienia? Na to pytanie nie mogę tu znaleść odpowiedzi. Pozatem i tu widzimy, że tętnice nie wracają szybko do normy, tak jak w dwóch poprzednich przypadkach.

Nr IV.

Tętno	Ciśnienie tętnicze skurczowe	rozkurczowe	Amplituda	Czas
		przed AN		
70	199	173	26	
		podczas AN (I)		
76	160	125	25	
		po odstaw. AN		
66	198	175	23	w 5 min.
		podczas AN (II)		
90	148	129	19	
		po odstaw. AN (II)		
75	180	156	24	w 6 min.

W tym przypadku podano AN dwukrotnie; za każdym razem ciśnienie opadało, przyczem za drugim razem (II) opadło ono znacznie więcej. Widocznie AN działa silniej ew. rozluźnienie większe następuje wówczas, kiedy układ tętniczy już raz przed tem podległ rozluźnieniu. Za pierwszym razem, wbrew temu cośmy widzieli w przypadkach poprzednich, układ tętniczy powrócił szybko do normy, za drugim jednak razem, po większem rozluźnieniu, jeszcze w 6 minut nie skurczył się on do rozmiarów poprzednich.

Nr V.

Tętno	Ciśnienie tętnicze skurczowe	rozkurczowe	Amplituda	Czas
		przed AN		
94	157	134	23	
		podczas AN		
132	124	102	22	
		po odstaw. AN		
	127	106	21	w 5 min.
90	153	110	23	w 9 min.
	144	128	16	w 15—18 min.

Nr VI.

Tętno	Ciśnienie tętnicze skurczowe	rozkurczowe	Amplituda	Czas
		przed AN		
58	144	117	27	
		podczas AN		
72	112	96	16	
		po AN		
62	122	103	19	zaraz po odst.
66	126	104	26	w 8 min.
60	130	107	23	w 20 min.

Ostatnie dwa przypadki dotyczą stwardnienia tętnic z nieznacznem wzmożeniem ciśnienia. Mimo to jednak i tu widzimy wybitnie zwolniony powrót do wymiarów poprzednich tętnic.

Sądzę, że powyższych przypadków, w których widzimy prawie jednobrzmiący odczyn układu tętniczego na działanie AN wystarczy, aby scharakteryzować wpływ AN na układ tętniczy u chorych na stwardnienie tętnic i zachowanie się tegoż układu wobec rozluźniania się jego części. Streśćmy tu to, cośmy powyżej stwierdzili dotychczas. Widzieliśmy, że AN, który rozluźnia tętnice górnej połowy ciała, u ludzi zdrowych wywołuje bardzo nieznaczne opadanie ciśnienia tętniczego rozkurczowego, będące nawet w granicach błędów naszej metodyki sfigmomanometrycznej. Po odstawieniu AN u ludzi zdrowych, których układ tętniczy posiada fizyologicznie doskonałą elastyczność, ciśnienie bezzwłocznie powraca do poprzedniej normy. Zachowanie się ciśnienia rozkurczowego u chorych na stwardnienie tętnic pod wpływem AN jest zupełnie inne. Przedewszystkiem spadek jego bywa tu zazwyczaj bardzo znaczny i w znacznej części przypadków istnieje on pomimo wzmożonej pracy serca, co świadczy, że nie w sercu tkwi *primum movens* spadku ciśnienia.

Dalej niezmiernie charakterystyczne jest zachowanie się układu tętniczego u chorych na stwardnienie tętnic w porównaniu ze zdrowymi po odstawieniu AN. Gdy u zdrowych widzieliśmy niezwłoczny powrót do normy, to u chorych na stwardnienie tętnic rozluźnione ew. rozciągnięte tętnice nie powracają do normy zaraz, lecz przeciwnie kurczą się zwolna, tak, że nawet po upływie nieraz $^1/_2$ godziny ciśnienie jeszcze nie osiąga liczb pierwotnych. To powolne kurczenie się tętnic po odstawieniu AN zdarza się też w tych przypadkach stwardnienia tętnic, w których ciśnienie jest mało wzmożone, a spadek jego po AN względnie niewielki (przyp. VI).

W związku z tem, cośmy wyłuszczyli na wstępie, spadek ciśnienia u chorych na stwardnienie tętnic pod wpływem AN, zwłaszcza gdy towarzyszy mu wzmożenie pracy serca, należy objaśniać b r a k i e m w y r ó w n a w c z e g o s k u r c z u t ę t n i c t r z e w n y c h, który ten spadek wyrównywa u ludzi zdrowych. Stwierdziliśmy tedy, że w znacznej większości przypadków stwardnienia tętnic z nadmiernem ciśnieniem tętnice trzewne tracą zdolność kurczenia się, prawdopodobnie na stałe. Wobec zaś tego, że tętnice obwodowe zdolne są do rozluźniania się, co możemy z łatwością uwydatnić w każdym poszczególnym przypadku zapomocą AN — wzmożone ciśnienie tętnicze u chorych na stwardnienie tętnic, musimy uważać za następstwo s t a ł e g o i o r g a n i c z n e g o z w ę ż e n i a s i ę i u n i e r u c h o m i e n i a d r z e w a t ę t n i c z e g o t r z e w n e g o, co wywołuje przepełnienie tętnic obwodowych i wzmożenie ciśnienia. Istota tedy sprawy chorobowej, uwydatniającej się klinicznie jako stwardnienie tętnic ze wzmożonem ciśnieniem tkwi w ścianach tętnic trzewnych, których zesztywnienie wywołuje z jednej strony wzmożenie ciśnienia i przepełnienie krwią naczyń obwodowych, z drugiej zaś — przerost serca, pozbawionego tej skutecznej pomocy, jaką mu daje prawidłowo kurczący się układ tętniczy jamy brzusznej. Pogląd, jaki tu na istotę stwardnienia tętnic ze wzmożonem ciśnieniem wypowiadam, nie odpowiada dotychczasowemu poglą owi na tę sprawę, związanemu z pojęciem t. zw. »*plethora abdominalis*«. Co oznacza ten termin: »*plethora abdominalis*«, tego naukowo nikt dotychczas nie wyjaśnił. Ma on odpowiadać pojęciu przepełnienia krwią układu tętniczego jamy brzusznej, jakie istnieje jakoby u chorych na stwardnienie tętnic ze wzmożonem ciśnieniem. To pewna że do dziś nikomu nie udało się dowieść, czy takie przepełnienie istnieje w rzeczywistości.

Moje doświadczenia, z których powyżej zdałem sprawę, przemawiają za tem, że u chorych na stwardnienie tętnic ze wzmożonem ciśnieniem istnieje nie przekrwienie *(plethora)*, ale raczej niedokrwienie jamy brzusznej *(ischaemia abdomi-*

nalis) i przekrwienie obwodowe *(plethora peripherica)*. Dalsze badania wyjaśnią, o ile pogląd ten jest słuszny. To tylko zaznaczyć tu jeszcze pragnę, że azotyn amylowy, stosowany rozważnie, jest doskonałym środkiem badania sprawności czynnościowej układu tętniczego u ludzi zdrowych i chorych, środkiem, który w tym celu powinienby znaleźć bardzo szerokie zastosowanie przy łożu chorego.

Opinia krajowej Rady zdrowia

w sprawie zarzutów »Kółka lekarzy w Krynicy« co do niedbałej administracyi tego zdrojowiska.

(Przyjęto na posiedzeniu 24. października 1908 jednomyślnie.)

Dla wyjaśnienia sprawy zarzutów, podniesionych przeciw Zarządowi Krynicy, potrzeba na wstępie poznać pokrótce jej przebieg. Był on zaś następujący: W dniu 12. października 1907, wysłało »Kółko lekarzy w Krynicy« do Ministerstwa rolnictwa memoryał, wytykający różne nieprawidłowości w gospodarce zarządu zdrojowego i przewidujący zgubne skutki takiego stanu rzeczy. Zarzuty Kółka lekarzy streszczają się głównie w następujących czterech punktach: 1) wanny w kąpielach mineralnych podgrzewają zawartą w nich wodę, co mogło było spowodować tragiczne wypadki, gdyby nie natychmiastowa pomoc lekarska, osoby zaś poszkodowane tylko dzięki prośbom lekarzy powstrzymały się od wkroczenia na drogę sądową ze swojemi pretensyami. 2) Borowina używana do sporządzania kąpieli jest źle rozdrobniona, zawiera skorupy, trzaski, patyki i t. p., a to zraża do Krynicy publiczność z lepszych klas. 3) Wypadki duru jelitowego pojawiają się od szeregu lat w Krynicy, bez widoku poprawy, ponieważ brak ogólnej kanalizacyi i wodociągów. 4) Ciągłe są skargi publiczności na złe potrawy w restauracyach. W końcu lekarze umywają ręce od udziału w odpowiedzialności za grzechy Zarządu zdrojowego.

Pismo takie, wystosowane przez grono ludzi poważnych do władzy centralnej z pominięciem instancyi krajowych, z zarzutami ciężkiego kalibru, zdolnymi skompromitować Krynicę w oczach rządu i zniechęcić go do czynienia potrzebnych w tem zdrojowisku wkładów, wywołało łatwe do zrozumienia zaniepokojenie. Ministerstwo odesłało memoryał w dniu 2 listopada 1907 Namiestnictwu do zbadania poruszonego przedmiotu, Namiestnictwo zaś oddało sprawę do wyjaśnienia Zarządowi zdrojowemu w Krynicy. Lekarz zakładowy w obszernym, wyczerpującym wywodzie zbił większą część podniesionych bez poparcia faktami, lub cyframi zarzutów, a resztę sprowadził do istotnych rozmiarów, n. p. dowiódł, że podgrzewanie wanien po 30 minutach dochodzi do 1 lub $1^1/_2$ stopnia R., że zatem nie może być mowy o niebezpieczeństwie dla życia ludzkiego z tego powodu; co do tyfusu zaś oświadcza, że »odkąd c. k. Namiestnictwo zarządziło ulepszenia w asanacyi obszaru dworskiego, nie jest mu wiadomem, aby na tem terytoryum wydarzył się przypadek duru brzusznego«. Zarząd zdrojowy, przesyłając tę odpowiedź w dniu 6 marca b. r. Namiestnictwu, nie tai ze swej strony oburzenia na Kółko lekarzy o nieuzasadnione skargi i zażalenia. Z tego więc powodu Namiestnictwo w dniu 29 kwietnia b. r. wezwało przewodniczącego Kółka i innych tegoż członków do podania konkretnych faktów na poparcie zarzutów, podniesionych w memoryale do Ministerstwa. Zarząd Kółka odpowiedział Namiestnictwu 29 lipca, zaostrzając jeszcze mocniej niepokojący ton, użyty w memoryale, w końcowym zaś ustępie wyraża się tak: »nazwisk osób interesowanych Kółko lekarzy nie podaje z rozmysłu, aby pacyentów na badanie śledztwa nie narażać«... »że wanny podgrzewały i podgrzewają, dowodzą tegoroczne fakta poparzenia nawet drugiego t. j. wyższego stopnia, które tak c. k. Zarządowi, jak i lekarzowi zakładowemu i służbie łaziebnej dobrze są wiadome. Ostatni nieszczęśliwy, niedawno zaszły wypadek śmierci w łazience bezpośrednio po kąpieli jest chyba dość wyraźną przestrogą«.

Pismo to przez Zarząd zdrojowy odesłane zostało Namiestnictwu w dniu 23 sierpnia b. r. W oświetleniu pisma tego gospodarka zdrojowa w Krynicy, dopuszczająca do wypadków śmierci z powodu źle urządzonych łazienek, wygląda skandalicznie, jest na małą skalę panamą kąpielową.

Dla zaokrąglenia tej całej relacyi dodać należy, że w sierpniu b. r. odbył p. c. k. krajowy referent sanitarny konferencyę z lekarzami w Krynicy i omawiał z nimi sprawy drażliwe, objęte oboma pismami Kółka lekarzy. Sprawy te i w dyskusyi przeprowadzonej na konferencyi i w sprawozdaniu p. referenta sanitarnego wyglądają całkiem odmienne i czynią wiarogodność twierdzeń Kółka lekarzy dość wątpliwą. Wobec tych rażących sprzeczności c. k. Namiestnictwo oddało dnia 22 września b. r. wszystkie akta, do sprawy tej odnoszące, się krajowej Radzie zdrowia z prośbą o zbadanie zarzutów Kółka lekarzy, w razie potrzeby przez delegata na miejscu w Krynicy, o ile możności jak najrychlej i przedstawienia odpowiednich wniosków.

Pan Prezydent krajowej Rady zdrowia mnie ten referat przydzielił.

W roku bieżącym w pierwszym i drugim sezonie spędziłem około 5 tygodni w Krynicy i przez ten czas miałem sposobność zapoznać się z jej urządzeniami, zdrojami, przyrodą — omawiać sprawy miejscowe z wieloma osobami zarówno z kół lekarskich, jak i publiczności kąpielowej i wogóle wglądnąć za kulisy różnych spraw sezonowych.

Korzystając z uprzejmości Dr Bolesława Skórczewskiego, przeczytałem prawie całą literaturę, odnoszącą się do Krynicy, jako zdrojowiska. To są dane, które mi pozwalają z pewną bezstronnością zająć się zarzutami, podniesionymi w memoryale Kółka lekarzy. W niektórych szczegółach, nie mając co do nich pewności, musiałem się oprzeć na informacyach, zaczerpniętych listownie z kilku znajomych mi, wiarogodnych źródeł.

Stosownie do otrzymanego polecenia przechodzę po kolei zarzuty Kółka lekarzy, w takim porządku, w jakim porusza je cytowany memoryał do Ministerstwa rolnictwa:

1. Podgrzewanie wanien w łazienkach mineralnych. Od r. 1866, t. j. od czasu wybudowania obecnych łazienek mineralnych, ogrzewanie wody w wannach odbywa się zapomocą znanego systemu Szwarza. Polega system Szwarca na tem, że wanny mają podwójne dno, a w tem dnie podwójnem mieszczą się rury, doprowadzające parę i ogrzewające w ten sposób wodę wpuszczoną do wanny. Wytwarzanie i doprowadzanie pary odbywa się w sposób centralny, a więc

dla wszystkich wanien wspólny i równoczesny. Z wielu systemów, począwszy od prymitywnych do bardzo skomplikowanych, żaden nie okazał się zupełnie dobrym do ogrzewania kąpieli zawierających bezwodnik kwasu węglowego, bo każde ogrzanie wypędza gaz z wody, czyni ją więc uboższą w ten doniosły składnik; stosunkowo jednak metoda Szwarza okazała się najlepszą w zastosowaniu do zdrojów krynickich, a dowodem tego fakt, że wprowadzony do kilku kabin system Priema, udoskonalony przez Wächtlera, okazał się wprost złym i musiał być na Szwarzowski przerobiony. Wadą główną systemu Szwarza jest t. zw. podgrzewanie. Na czem ono polega? Z chwilą ogrzania kąpieli do żądanej ciepłoty, powinien dopływ pary do dna wanny zupełnie zostać odcięty, zdarza się jednak, że — albo wskutek niedbałego zakręcenia wentyla przez służbę, albo wskutek drobnej nieszczelności wentyla n. p. przez wpadnięcie ziarneczka piasku lub metalu, — nieco pary dalej w rurach krąży i ogrzewa wannę, zajętą już przez chorego, a w ten sposób w ciągu 20 lub 30 minut ciepłota kąpieli zamiast ochładzać się nieznacznie, podwyższa się nieco — mniej więcej, jak stwierdzono, o 1 do $1^1/_2$ stopnia Reum. O podgrzewaniu wanny choćby najlżejszem ostrzega pacyenta wyższa temperatura dna wanny, co się odczuwa odrazu, skoro się usiądzie w kąpieli — nie podobna jednak nawet przypuścić, by mogło w tych warunkach nastąpić oparzenie, i to oparzenie z wytworzeniem pęcherzy, bo w takim razie przecież i ciepłota całej wody musiałaby być tak wysoka, że nikt ze zdrowymi zmysłami do kąpieli nie zgodziłby się wejść. Również wykluczonem jest przypuszczenie, że owo podgrzewanie wanny może się stać przyczyną śmierci osoby chorej na serce: o ile u osób dotkniętych zmianami organicznemi serca kąpiele muszą być stosowane z największą ostrożnością i po najsumienniejszem zbadaniu przez doświadczonego i z własnościami kąpieli obznajomionego lekarza — o tyle w przypadku stosownie do kąpieli nadającym się, różnica ciepłoty o 1 do $1^1/_2$ stopnia Reum. nie może sama przez się sprowadzić groźnych dla zdrowia lub życia następstw. (N. p. zamiast 26 stopni Reum. $27^1/_2$ stopni Reum.) Na poparcie swojego zarzutu o podgrzewaniu przytacza Kółko lekarzy rzekome fakta poparzenia znane Zarządowi i ostatni nieszczęśliwy przypadek śmierci w łazience. Co do pierwszego, to jest co do oparzenia, to na 82.767 kąpieli wydanych w sezonie podejrzane były o oparzenie dwa przypadki: jeden dotyczył p. S., miejscowego urzędnika, u którego jednak pokazało się według badania dwóch lekarzy (Dr K. i Dr C.) *eczema papulosum*, a nie *combustio*; drugi przypadek odnosił się do izraelitki, u której Dr B. miał stwierdzić oparzenie, a gdzie okazało się niewątpliwie, że oparzenie nie mogło było powstać w kąpieli, ciepłota wody mierzona bezpośrednio po kąpieli wynosiła 27 stopni Reum., a stwierdzono w obecności Dr B., że wanna nie podgrzewa. W innym wreszcie przypadku było symulowanie oparzenia przez natarcie skóry olejem gorczycznym w celach oszukańczych.

Przytoczone, a jedynie znane fakty, nie mogą przecież posłużyć do budowy poważnego oskarżenia. Zaś co do przypadku śmierci w łazience, to odnosi się on do ś. p. inżyniera T. z Warszawy. Dołączone do aktów świadectwo lekarskie wyjaśnia, że pacyent cierpiał na bardzo znaczne zmiany w sercu i że kąpiele były przeciwwskazane. Ja osobiście znałem ś. p. T., ponieważ nasze pokoje w zakładzie dyetetycznym sąsiadowały; badałem go też kilkakrotnie i znalazłem znaczne osłabienie tonów sercowych i arytmię; to też odradzałem mu najusilniej kąpanie się wbrew przepisom ordynaryusza. Niestety! działo się inaczej i przyszło do katastrofy, ale nie z winy łazienek. Wdowa dała prawdzie najlepsze świadectwo oznajmiając, że niema do nikogo żalu, bo wie, że jej ś. p. mąż był samowolnym w sprawach zdrowia.

Okazuje się więc dość jasno, że Kółko lekarzy nie miało realnej podstawy do przedstawiania sprawy podgrzewania wanien w oświetleniu drastycznem, jako nie cierpiącej dalszej zwłoki i jako wymagającej stanowczego załatwienia technicznego.

Kiedy niedługo potem, bo w 3 tygodnie po piśmie p. referent sanitarny odbywał konferencyę z lekarzami w Krynicy i omawiał różne sposoby ogrzewania wanien, żaden z obecnych lekarzy nie oświadczył się za wprowadzeniem ulepszeń jakichś w ogrzewaniu wanien, jak n. p. automatyczne wentyle (używane w Langenschwalbach), albo też obniżenie ciśnienia, pod jakiem para dochodzi do wanien. »Gdy nadto nikt z obecnych« — pisze w swem sprawozdaniu p. Protomedyk — »nie był w stanie wkazać innego lepszego sposobu ogrzewania wanien ze szczawami żelazistemi, zaproponowałem, aby Zarząd zdrojowy wydrukował kartki, na którychby lekarze donosili Zarządowi wszelkie zażalenia na podgrzewanie tej lub owej wanny. Na co się jednomyślnie zgodzono«. Kartki takie Zarząd rozesłał istotnie — jedną na okaz dołączam:

Krynica, dnia . . . . . 190 .

Do

c. k. Zarządu zdrojowego

w Krynicy.

Donoszę, że w łazienkach $\frac{\text{mineralnych}}{\text{borowinowych}}$

pod Nr. dnia ....

Podpis:

Są one potrzebne do ścisłego przekonania się, czy i jak często wanny podgrzewają — na razie zaś posłużyły do uratowania reputacyi wanien, ogrzewanych sposobem Szwarza. Dowiedziałem się, że od czasu zaprowadzenia kartek tylko Dr W. przysłał Zarządowi dwa doniesienia o podgrzewaniu o 1 stopień Reum.; w jednym przypadku okazało się, że wanna nie podgrzewa, w drugim podgrzewała rzeczywiście i tu zmieniono wentyl.

Warto też zapytać się, jakie jest w tej sprawie zdanie strony interesowanej, a więc publiczności, czy i ona podziela obawy Kółka lekarzy? Otóż rozmawiałem o kąpielach mineralnych z wielu osobami — było ich z pewnością kilkadziesiąt, a w tej liczbie zamiejscowi lekarze; wiele osób o podgrzewaniu wcale nie wiedziało, inne wiedziały, ale nie skarżyły się na przykrości, lub szkodliwe skutki podgrzewania — znajdując, że wystarczy miedziana podkładka,

stojąca w kabinie, do zapobieżenia niemiłemu uczuciu, jakie sprawić może niekiedy rozgrzane dno wanny.

Jak więc widać, sprawa przedstawia się tak: System Szwarza nie jest idealny, ale w obecnych stosunkach jest jeszcze najlepszy z powszechnie używanych, zdrowiu ani życiu ludzkiemu nie zagraża, a nawet i podgrzewania przy nim można uniknąć, jeżeli wentyle są szczelne i jeżeli służba przyrządza kąpiele bez pośpiechu i starannie. Z przedmiotem tym całym łączy się sprawa o wiele donioślejsza, o której — rzecz dziwna — Kółko lekarzy nie pamiętało, skoro nie poruszyło jej ani jednem słowem w swoim memoryale do Ministerstwa rolnictwa. Również i w aktach nie znalazłem śladów, by z tą sprawą Kółko lekarzy odnosiło się do gospodarza krynickich zdrojów, t. j. do Namiestnictwa. Oto w ciągu sezonu łazienki mineralne są w prawdziwem oblężeniu, nie są w stanie podołać zapotrzebowaniu kąpieli, choć pracują ponad możność, a z roku na rok jest z tem coraz gorzej. Frekwencya publiczności od roku 1894 do 1908 prawie, że zdwoiła się, bo z 4623 urosła do 8640, a gdy w roku 1894 wydano kąpieli 39510, to w roku bieżącym wydano ich 82767 (do dnia 29. września). W tym samym okresie ilość wanien do kąpieli mineralnych urosła tylko o 13, t. j. z 80 na 93. Dziennie w roku obecnym wydawano w przecięciu 1097 kąpieli mineralnych, zatem jedna wanna musiała służyć codzień dla 11·3 kąpieli. Łatwo pojąć, jak przez cały długi letni dzień musiała pracować cała kąpielowa maszyna, jak łatwo były narażone na zepsucie składowe części centralnego ogrzewania, ile było potrzeba wysiłków ze strony służby do zaspokojenia życzeń publiczności chorej i drażliwej. Dalej już nie mogą iść wymagania, stawiane zakładowi kąpielowemu, a pomimo to osoby, które w celu leczenia się przyjechały z dalekich stron do Krynicy, musiały po kilka dni czekać na pierwszą kąpiel, a niektóre podobno odjechały, nie doczekawszy się upragnionej kąpieli. Kto widział raz tylko ten codzienny obraz, jak długi szereg osób tłoczących się przy okienkach kas zakładowych wyczekuje na swoją kolej, by dostać jeden, wyraźnie jeden tylko bilet do kąpieli, a po następny znowu taką samą odbywać peregrynacyę, ten łatwo pojmie, że komuś mogło się odechcieć i kąpieli i całej Krynicy. To jest jedno — a drugie, jeszcze poważniejsze, to brak wody mineralnej, prawdziwie groźna dla Krynicy zmora. Przytaczam dla objaśnienia cyfry:

Zdrój główny	daje	na	minutę	45	litrów
Zdrój Dobrodziej	»	»	»	120	»
Zdrój Karola	»	»	»	20	»
Zdrój Słotwiński	»	»	»	12	»
Zdrój Józefa	»	»	»	10	»
	razem			207	litrów na mi-

nutę, czyli 298.080 litrów na dobę. Z tej ilości wody na 1097 dziennych kąpieli wydawano około 260.000 litrów, reszta pozostać musi jako nadwyżka do picia i poza tem już nic więcej, czyli, że Krynica w r. 1908 wydała najwyższą ilość kąpieli, do jakiej w obecnych warunkach jest zdolną, pamiętać zaś nam należy, że choć nibyto opady atmosferyczne nie wpływają na wydatność źródeł, to ludzie miejscowi inaczej twierdzą i powiadają, że w suche lata nie będzie ani lepiej ani tak samo, tylko gorzej z wodą mineralną.

W tej ciężkiej trosce jest kilka zadań do spełnienia, kilka sposobów ratowania od upadku Krynicy, tej perły polskich zdrojów! Zwiększyć ilość wody do kąpieli mineralnych, albo przez poszukiwanie za nowemi źródłami w okolicy przy pomocy głębokich wierceń, albo przez magazynowanie wody ze zdroju głównego, bo choć jej w sezonie bardzo brakuje — to przez resztę roku, przez 8 miesięcy, ta kosztowna woda płynie sobie do Kryniczanki, a z nią razem w świat daleki. Co lepsze? wiercenie za nową wodą, czy magazynowanie tej, która jest — to sprawa umiejętnego badania i technicznych studyów. Najpoważniejsi znawcy oświadczają się za głębokiemi wierceniami i stanowczo przeczą, by mogły one zagrozić bytowi obecnych źródeł. Już w dziełku epokowem Prof. Józefa Dietla o Krynicy przytoczona jest opinia Prof. Zeischnera, gorąco i śmiało zalecającego wiercenia.

Było to w r. 1857, a więc z górą przed pół wiekiem. Później Prof. Kziha (1890), a następnie nasz wybitny geolog Prof. Zuber potwierdził to samo zdanie, widząc w poszukiwaniach głębokich za wodą mineralną przyszłość Krynicy. Doświadczenia z Nauheim, z Karlsbadu i t. p. bardzo zalecają stosowanie w zdrojowiskach głębokich wierceń.

Wskazanem też jest spiesznie zaradzić wielkiemu niedostatkowi Krynicy, że nie można w niej teraz dostać innej kąpieli, tylko mineralną, albo borowinową. Wiele osób przyjeżdża dla towarzystwa, nie potrzebując kąpieli krynickich, ale jakichś innych — są to nieraz całe rodziny — gdzie n. p. córka kąpie się w łazienkach mineralnych, ale ojcu zdałyby się kąpiele z czystym kwasem węglowym, matce siarczane, dziecku małemu solankowe. Teraz w braku odpowiednich urządzeń, cała familia, żeby nie siedzieć darmo, bierze kąpiele mineralne, przez co niewiele swojemu zdrowiu pomaga, ale zabiera kąpiele prawdziwie potrzebującym. Kąpiele sztuczne, obojętne lub z dodatkami soli, igliwia i t. p. stosować też można jako leczenie wstępne do właściwych kąpieli krynickich, lub jako ich zakończenie. Nie jest to *desiderium* z powietrza wzięte, bo tak się robi prawie wszędzie, nawet w kąpielach morskich — dość przytoczyć wzorowe pod tym względem urządzenia w Norderney, gdzie rząd pruski nie żałował na ten cel pieniędzy, wiedząc, że się wróci nakład z dobrym zyskiem. Krynicy bardzo czegoś podobnego potrzeba. Przerobienie jednego z rządowych domów czynszowych (znawcy wskazują na »Koronę« lub »Berło«) — na łazienki do sztucznych kąpieli zaradziłoby niedostatkowi, bo wprawdzie budowanie domów czynszowych daje skarbowi rychły i realny dochód, ponieważ najem pokoi dobrze się opłaca, ale stokroć ważniejsze jest zabezpieczenie dostatecznej ilości wody mineralnej i łazienek, gdyż z brakiem kąpieli braknie i gości do mieszkań, Krynica bez wody krynickiej stanie się zapadłą dziurą w Beskidach, o której nikt nawet nie pomyśli. Niezależnie od powyższych inwestycyj potrzebne jest pomnożenie liczby łazienek mineralnych, bo, jak cyfry przytoczone powyżej wykazały, 93 wanien to zamało i cierpi na tem samo przyrządzanie kąpieli. Dojrzała już też i sprawa nowego zakładu wodoleczniczego. Obecny, który przed kilkunastu laty tak świetnie zakwitł i w całej Polsce zyskał sobie sławę, teraz z roku na rok upada, bo każdego swojem urządzeniem starem i zrujnowanem może odstraszyć. Oto są uwagi, które muszą być nawiązane bezpośrednio do sprawy wanien w ła-

zienkach mineralnych. Trudno pojąć, czemu o tem wszystkiem nie wspomniał memoryał Kółka lekarzy, któremu w pierwszym rzędzie powinno było zależeć na rozwoju Krynicy.

Rzeczy to zresztą wcale nie nowe. Czekają one cierpliwie długie lata na ziszczenie. Wszak już w pracy A. Mravincsicsa pod tytułem: »Krynica, informacye o c. k. Zakładzie zdrojowym« czytamy: »Zamierzone inwestycye: w przygotowaniu są plany i kosztorysy na budynek dla kąpieli hydropatycznych 100.000 kor., na budynek dla kąpieli borowinowych 120.000 kor., na ujęcie zdrojów Dobrodzieja i na Słotwinach 70.000 kor., na urządzenie kąpieli ze zwykłej wody, nasyconej kwasem węglowym 35.000 kor., na rozszerzenie wodociągu słodkiej wody 20.000 kor.; na powyższe inwestycye zezwoliło c. k. Ministerstwo rolnictwa reskryptem z dnia 30. czerwca 1900, L. 1428/ A. M.« Ileż z tych postulatów spełniło się dotychczas? Czemu to o te zaniedbane, zapomniane myśli nie upomniało się Kółko lekarzy u Ministerstwa rolnictwa? Przecież cały dalszy byt Krynicy opiera się na tych zadaniach, które postawić ją mogą na wyżynach nowoczesnej balneologii i uratować od nieuniknionego, choć powolnego upadku, o którym najlepsi jej przyjaciele i piórem i słowem prorokują,

2. Zarzut drugi odnosi się do kąpieli borowinowych. Kółko lekarzy żali się, że w borowinie, używanej do kąpieli, pojawiają się niepotrzebne dodatki, jak n. p. skorupy, trzaski i korzonki; odstrasza to lepszą publiczność, która zna zagraniczne, nie galicyjskie zdrojowiska. To złe usunąć można — zdaniem Kółka lekarzy — przez zaprowadzenie młynka do mielenia borowiny. Otóż wszędzie w kąpielach borowinowych napotyka się od czasu do czasu niepożądane domieszki; najwięcej winy ponosi w tem służba, która źle przesiewa ziemię borowinową i niedbale przyrządza kąpiel. I tu przyczyna krynickich nieporządków tkwi w nadmiernem obciążeniu łazienek borowinowych: w roku bieżącym wydano w 27 wannach — 22.815 kąpieli. Kto zna technikę przyrządzania tych kąpieli, łatwo przyzna, że to cyfra bardzo wysoka i że przy takim nawale pracy służba nieraz dopuścić się mogła drobnej niedokładności. Tu przynajmniej nie zanotowano przypadku śmiertelnego zejścia! Oglądając sposób przesiewania borowiny i robienia kąpieli w Krynicy, przyznać należy, że choć w porównaniu do innych krajowych zdrojowisk *in puncto* kąpieli borowinowych Krynica stoi jeszcze wcale dobrze, to przecież łazienki borowinowe krynickie są i za szczupłe i przestarzałe, nie dorastają pod względem balneo-technicznym najnowszym sposobom.

O tem zresztą powszechnie wiadomo i to właśnie spowodowało rząd do postanowienia budowy nowych łazienek borowinowych nad Kryniczanką poza teatrem. Kółko lekarzy, pisząc swój memoryał, wiedziało, że to sprawa już przesądzona. W obecnych starych łazienkach borowinowych niewiele da się dobrego zrobić, niewiele ulepszyć. Zdaniem mojem mielenie borowiny w Krynicy jest rzeczą dość podrzędną, a to dlatego, że borowina ta niema torfiastego włóknistego utkania, potrzebującego rozdrabniania maszynowego — ale jest ziemista, w stanie suchym sypka, wystarczy więc dla niej dobre wysuszenie i staranne przesianie. Widocznie były w tym względzie pewne zaniedbania i jest rzeczą administracyi miejscowej pilnować, by borowina była dobrze suszona i siana. Do tej też administracyi należało się po sąsiedzku zwrócić Kółku lekarzy, nie zaś do Ministerstwa, bo sprawa zbyt mało ważna, zwłaszcza wobec postanowionej już budowy nowych borowinowych łazienek.

3. Zarzut trzeci Kółka lekarzy odnosi się do pojawiania się duru jelitowego w Krynicy. W sprawie tej decydujące znaczenie ma urzędowy wykaz c. k. Starostwa nowosądeckiego z dnia 21 lutego 1908, L. 4121. Według tego wykazu stwierdzono w ostatnich 10 latach w Krynicy w r. 1903 dur u trzech osób, 1904 u 6 osób, 1905 u 1 osoby, 1907 u 7 osób. (Te 7 wypadków tyfusu pojawiło się w jednym domu ogrodnika Litwory, który uprawiał swój ogród ludzkim nawozem, a do picia czerpał wodę ze studni, umieszczonej w najniższym punkcie tego ogrodu). Lata 1898 i 1899, 1900, 1901, 1902 i 1906 są zupełnie wolne od tyfusu. W roku 1908 również — jak się dowiaduję — tyfusu nie było. W piśmie Starostwa nowosądeckiego nie wyrażono, czy przypadki chorobowe odnoszą się do Krynicy wsi, czy do obszaru zdrojowego. Jak widać z cyfr przytoczonych, tyfus w ostatnich 11 latach nie miał w Krynicy charakteru epidemii lub endemii, zwłaszcza zaś takiego charakteru, któryby upoważniał do szukania istotnej przyczyny szerzenia się zakażenia w wadliwych urządzeniach higienicznych, jak to twierdzi memoryał lekarzy. W ostatniem 10-leciu żadne z krajowych zdrojowisk nie było wolne od przypadków duru; w Szczawnicy w tym czasie wykazano 20, zaś w Zakopanem 60 przypadków. Nie mam wcale zamiaru twierdzić, że Krynica nie potrzebuje wodociągów i kanalizacyi, a tylko stwierdzam, że brak tych urządzeń dotychczas — na szczęście — nie odbił się na zdrowiu publiczności kąpielowej. Dziś, jak wiadomo, kanalizacya i wodociągi znajdują się w Krynicy tylko na obszarze dworskim, t. j. w części należącej do skarbu państwowego. Od dawna obywatelstwo czyni zabiegi o pomoc kraju lub powiatu w celu skanalizowania całego zdrojowiska. Jest nadzieja, że skoro Sejm bieżący przyjmie ustawę, oddzielającą Krynicę zdrój od Krynicy wsi, to ta nowa gmina zorganizuje się pod względem urządzeń zdrowotnych odpowiednio do swoich wyższych zadań. W każdym razie i kanalizacya i wodociągi należeć będą do inicyatywy miejscowej, autonomicznej, a nie do rządu i nie było potrzeby odwoływać się z tem do Ministerstwa rolnictwa pod rzekomą grozą epidemii tyfusowej.

4. Zarzut ostatni odnosi się do restauracyi krynickich. W tym przedmiocie trudno coś realnego napisać, bo o ile nie stwierdzi się, że potrawy były przyrządzane z artykułów nieświeżych i zepsutych, lub przyrządzane w sposób niechlujny, rzecz schodzi na tory indywidualnego smaku, pojęcia o komforcie i t. p., a tu istnieją niezliczone stopnie, odcienia i gusta, zależne od sfery towarzyskiej, narodowości, lub wyznania. Zatem odnośnie do tego zarzutu Kółka lekarzy musimy dać wiarę sprawozdaniu lekarza zakładowego, który twierdzi, że »robiąc sam, albo ze swoim asystentem rewizye sanitarne po 2 i 3 razy w tygodniu, nic do zarzucenia nie znalazł ani co do jakości zapasów, ani co do czystości ubikacyi gospodarczych; konkretnych skarg na restauracyę w kurhauzie nie wnoszono. Skarżono się wogóle na sposób przyrządzania potraw, a skargi te głównie dawały się słyszeć ze strony publiczności starozakonnej«. Także i Zarząd zdrojowy zapewnia, że na restauracyę za-

kładową nie wpłynęła w ostatnim roku żadna konkretna skarga. Wobec tego z czystem sumieniem przyjąć można, że jadłodajnie krynickie nie są gorsze, niż w innych miejscach kąpielowych i że dotychczasowy sposób kontroli nad restauracyami w Krynicy jest wystarczający.

WNIOSKI.

Krajowa Rada zdrowia uważa memoryał Kółka lekarzy w Krynicy, wystosowany w dniu 12 października 1907 do Ministerstwa rolnictwa z pominięciem władz krajowych, a zawierający zarzuty ogólnikowe, faktami ani dowodami rzeczowymi niepoparte — za akt dla Krynicy, jako dla naszego zdrojowiska szkodliwy.

Przechodząc do czterech zarzutów, zawartych w tym memoryale, krajowa Rada zdrowia oświadcza:

Nie stwierdzono ani w jednym przypadku, by z powodu wadliwego ogrzewania wanien w łazienkach mineralnych ktokolwiek doznał oparzenia skóry, a tem mniej, by przez używany w Krynicy sposób ogrzewania kąpieli spowodowane zostało zejście śmiertelne.

Nie jest wskazanem zaprowadzenie nowego sposobu przyrządzania kąpieli borowinowych w obecnych starych łazienkach borowinowych, gdyż dla zapobieżenia usterkom wystarczy nadzór zarządu.

Nie stwierdzono, aby dur jelitowy zagnieżdżony był w zdrojowisku Krynicy — pojawia się tam bowiem dur w postaci sporadycznych przypadków i to nie w każdym roku, co przy wielkim ruchu zdrojowiska łatwo da się wytłómaczyć zawleczeniem.

Niema potrzeby zmieniać dotychczasowy sposób opieki sanitarnej nad restauracyami w Krynicy.

Natomiast krajowa Rada zdrowia uważa za wskazane przedstawić najważniejsze istotne potrzeby Krynicy, od których zaspokojenia zależą dalsze losy tegoż zdrojowiska.

Koniecznem jest spieszne staranie się o powiększenie ilości wody mineralnej, która obecnie z trudem tylko wystarcza na potrzebę łazienek, — przez głębokie wiercenia za nowemi źródłami.

Konieczną jest rychła budowa łazienek mineralnych, ponieważ wobec coraz większego napływu gości, jedna wanna służy już dziś codzień do wydania 11·3 kąpieli, a z roku na rok ten stosunek niekorzystny wzrasta.

Koniecznem jest przyspieszenie budowy nowych łazienek borowinowych.

Konieczną jest budowa nowego zakładu hydropatycznego, ponieważ obecny nie zaspakaja wymagań lecznictwa i wygody.

Pożądanem jest założenie łazienek dla kąpieli sztucznych i wogóle wzbogacenie Krynicy w sposoby i czynniki lecznicze.

Utworzenie osobnej gminy Krynica-zdrój, stosownie do przedłożonego Sejmowi krajowemu sprawozdania Wydziału krajowego, mieć będzie dla Krynicy znaczenie epokowe, dlatego rychłe wprowadzenie w życie tej ustawy jest bardzo pożądane.

Pożądana jest rychła regulacya Kryniczanki z równoczesnem pogłębieniem jej dna.

Również budowa normalnotorowej kolei żelaznej z Muszyny do Krynicy przyczyni się znakomicie do rozwoju zdrojowiska przez ułatwienie komunikacyi i korzystny wpływ na zaprowiantowanie i stosunki ekonomiczne.

Lwów, dnia 23 października 1908.

Józef Łuszczkiewicz w. r.

Oceny i sprawozdania.

Władysław Sztromajer: **Towaroznawstwo apteczne, podręcznik dla drogistów i aptekarzy.** Płock 1908.

Pracą niniejszą zamierzył autor wypełnić istotną lukę w piśmiennictwie polskiem i dać młodzieży przygotowującej się do egzaminów pewną pomoc. Uznając w tym względzie w całej pełni zasługę autora, nie można jednak obecnego pierwszego wydania pracy nazwać już całkowicie udatnem. Wprawdzie autor ułożył przedmiot w pewnym systematycznym porządku, zaopatrzył swe dziełko w skorowidze i słowniczki, jednakże nie ma ono cech pracy, opartej na rozleglejszem doświadczeniu własnem, a ma pewien błąd, w danym przypadku dość ważny. Pisząc mianowicie książkę dla młodzieży polskiej, trzeba przedewszystkiem starannie przestrzegać czystości słownictwa. Autor jednak jakby lekceważył słownictwo chemiczne polskie, a przecież posiadamy »Słowniczek chemiczny«, wydany przez Redakcyę »Chemika polskiego« na zasadzie uchwał Akademii Umiejętności w Krakowie. Książka p. Sztromajera zawiera dużo błędów w słownictwie chemicznem, a dołączony do niej słowniczek, od początku ucząc fałszywych wyrażeń, może utrudnić młodzieży dalszą naukę. Słownictwo jest przytem niejednolite, n. p. »wodan barytu« a »siarczek baru«. Po usunięciu licznych w tym kierunku błędów, książka mogłaby mieć wartość dla przygotowujących się do zawodu drogisty lub materyalisty, dla farmaceuty będzie, jak mi się zdaje, nie dość wyczerpującą.

Mag. J. Banke.

Dr Tomasz Janiszewski: **Opieka nad chorymi gruźliczymi** (le dispensaire antituberculeux) **i walka z gruźlicą w Galicyi.** Kraków 1908. Nakład S. A. Krzyżanowskiego.

Praca niniejsza przedstawiona była jako wykład w Towarzystwach lekarskich lwowskiem i krakowskiem z wiosną b. r., zasługuje jednak na to, aby z zebranym w niej pracowicie materyałem zapoznały się szersze koła naszych lekarzy, zwłaszcza w Galicyi, gdzie najrychlej będzie można zorganizować systematyczną walkę z gruźlicą. Do tego zaś daje rozprawka Dra Janiszewskiego i podstawę i zachętę. Autor rozpatruje naprzód przyczyny, które wpłynęły na rozbudzenie się ruchu przeciwgruźliczego, mianowicie dane, zdobyte zapomocą statystyki o ogromnem rozpowszechnieniu się gruźlicy, przeświadczenie o jej uleczalności i odkrycie swoistego zarazka gruźlicy, pozwalające bezpośrednio z nim walczyć. Następnie kreśli autor — posługując się, jak wogóle wszędzie w swej pracy, bogatym i należycie wyzyskanym materyałem — trzy drogi, któremi dotąd kroczyła walka z gruźlicą: stosowanie ogólnych zasad higieny (Anglia), ruch sanatoryalny (Niemcy), tworzenie »opiek nad chorymi gruźliczymi« (dyspensatoryów) (Francya). — Udowadniając liczbami zmniejszenie się śmiertelności, z gruźlicy zagranicą, jako skutek tych różnych usiłowań, roztrząsa autor doniosłość każdego z trzech sposobów, stosowanych w walce z gruźlicą; następnie zestawia wszystkie dane, dotyczące sprawy gruźlicy w Galicyi, przytacza to, co u nas dotąd dla zwalczania gruźlicy zrobiono, wreszcie uzasadnia potrzebę instytucyi, którąby całym ruchem przeciwgruźliczym u nas systematycznie pokierowała. Zadanie to spełnić może zawiązane już we Lwowie »Towarzystwo walki z gruźlicą«, którego program autor przytacza, kreśląc w zakończeniu wytyczne linie działalności, jaką rozwinąć powinno społeczeństwo, a lekarze w pierwszym rzędzie. Do rozprawy dołączony jest obfity spis bibliograficzny, obejmujący prócz ważniejszych zagranicznych, wszystkie prace z naszego piśmiennictwa.

Z.

Naunyn. **Notwendigste Angaben für die Kostordnung Diabetischer.** Jena. (Gustav Fischer) 1908. Cena 60 h.

Broszurka Prof. Naunyna obejmuje najważniejsze dane o dyecie w cukrzycy, zestawione dla podręcznego użytku lekarzy w następującym porządku: I. Odsetkowa zawartość tłuszczu w pokarmach (w różnych rodzajach mięsa, ryb, tłuszczów, wędlin, sera itd.). II. Odsetkowa zawartość tłuszczu i cukru w mleku i jego przetworach. III. Odsetkowa zawartość węglowodanów

w różnych rodzajach mąki, chleba, w kakao, jarzynach, owocach. IV. Zawartość cukru w napojach wyskokowych i innych. Potem następuje tabelka do obliczenia pożywności według kaloryi, dalej krótkie popularne przepisy dyetetyczne, które lekarze mają zalecać chorym, wreszcie przykład dokładnego przepisu na cały tydzień z obliczeniem wartości kalorycznej. W praktyce może książeczka Prof. Naunyna oddawać pożyteczne usługi. *Z.*

Piśmiennictwo bieżące.

Położnictwo i ginekologia.

Nacke. **Miesiączka przedwczesna.** (*Zentralbl. f. Gyn.*, 1908, Nr 34). Autor stwierdził u dziewczynki liczącej 4 lata 3 mies., prawidłowo umysłowo i fizycznie rozwiniętej, normalnie wykształcone i uwłosione części rodne oraz tkliwy lewy jajnik wielkości wiśni. Matka dziecka podała, iż córka miesiączkuje typowo od roku. Za przyczynę, wywołującą tutaj przedwczesną miesiączkę przyjmuje autor krzywicę i przypuszcza, że w tym przypadku tyreoidyna może działałaby skutecznie. *Ow.*

Zangenmeister. **Doświadczalny przyczynek do operacyjnego leczenia ostrego połogowego zapalenia otrzewnej.** (*Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gyn.*, t. 62, z. 3, 1908). Z różnych postaci gorączki połogowej przebieg najcięższy, bo śmiertelny, ma rozlane połogowe zapalenie otrzewnej. Aby zdać sobie sprawę z tego, czy operacyjne usunięcie ogniska pierwotnego (macicy) może dać wynik dobry, wykonał autor szereg doświadczeń na myszach, którym wszczepiał w koniec ogona 200—1000-krotną śmiertelną dawkę paciorkowców. Ponieważ jednak surowica przeciwpaciorkowcowa Aronsona działa u myszy w wysokim stopniu nietylko zapobiegawczo, ale i leczniczo, przeprowadzał autor swoje doświadczenia w ten sposób, że jednym myszom w rozmaitych odstępach czasu od chwili szczepienia odcinał ogon u nasady, u innych w tychsamych odstępach czasu ($^1/_2$—10 godzin od chwili szczepienia) stosował surowicę przeciwpaciorkowcową i u innych wreszcie połączył odcięcie ogona z równoczesnem działaniem surowicy. Na podstawie otrzymanych wyników dochodzi autor do następujących wniosków: 1) Samo usunięcie pierwotnego ogniska może dać wynik dobry tylko wtedy, jeśli jest wykonane w jak najkrótszym czasie po zakażeniu i tylko przy zakażeniu dawką, nie przekraczającą zbytnio dawki śmiertelnej. 2) Znacznie lepsze wyniki daje stosowanie surowicy. 3) Najlepsze wyniki otrzymuje się przy połączeniu operacyjnego usunięcia ogniska pierwotnego z równoczesnem stosowaniem surowicy. — W zastosowaniu do człowieka, a w szczególności do połogowego zapalenia otrzewnej, warunki są znacznie gorsze, bo 1) nie mamy jeszcze skutecznej surowicy, 2) w chwili wystąpienia objawów zapalenia otrzewnej zakażenie już jest tak daleko posunięte, że samo usunięcie macicy nie polepsza bynajmniej rokowania. Dobrych wyników z zabiegu operacyjnego będzie można dopiero wtedy się spodziewać, gdy się wynajdzie jakąś skuteczną surowicę, co zresztą jest tylko kwestyą czasu. Co do strony technicznej, to autor nie podziela zapatrywania Herffa, by wykonać odcięcie macicy nadpochwowe, ale radzi usunąć ją w całości drogą brzuszną, bo tylko w ten sposób zabieg może być doszczętnie wykonany. *Dr Friediker.*

Prof. Opitz. **O zapobieganiu zatorowi powietrznemu w położnictwie.** (*Zentrbl. f. Gyn.* 1908, Nr 46). Za kardynalny środek, zapobiegający dostawaniu się powietrza do żył przy zabiegach w II i III okresie porodowym, uważa O. odpowiednie ułożenie rodzącej. Cała górna część ciała powinna być podniesiona; w praktyce prywatnej da się to wykonać zapomocą poduszek. O. powołuje się na swój materyał $4^1/_2$ tysięcy porodów, gdzie nie widział ani jednego zatoru. *Ow.*

Schönbek. **Dwa przypadki wynicowania macicy w III okresie.** (*Zentrbl. f. Gyn.* 1908, Nr. 46). W odstępie 15 miesięcy spotkał się autor z wynicowaniem macicy dwukrotnie; w obu przypadkach wynicowanie zostało wywołane przez uraz: w pierwszym przez silne pociągnięcie pępowiny przez akuszerkę, w drugiem przez zabieg Credégo. W obu przypadkach poszło łatwo odprowadzenie, po którem S. radzi wstrzyknąć ergotynę. *Ow.*

Kröning. **Postępowanie przy łożysku przodującem.** (*Zentralbl. f. Gyn.* 1908, Nr 46). W pracy tej poleca K. na podstawie swoich sześciu przypadków wykonywać przy łożysku przodującem u rodzących typowe cięcie cesarskie, jako zabieg najpewniejszy dla matki i dziecka. Tylko wtedy, gdy ujście jest zupełnie rozwarte, wykonuje K. obrót na nóżkę, a tam, gdzie badanie na pewno wykaże łożysko przodujące, usadowione na tylnej ścianie, stosuje K. pochwowe cięcie cesarskie *Ow*

Doc. Zurhelle. **O zapobieganiu tworzeniu się zakrzepów.** (*Zentrbl. f. Gyn.* 1908, Nr 43). Jako jeden ze sposobów zapobiegawczych radzi Z. stosowanie rychłego wstawania tak u położnic, jak i u chorych ginekologicznych. Na klinice w Bonn postępuje się w ten sposób: Po raz pierwszy (1—3 dni) sadza się operowaną na wygodnem krześle w blizkości łóżka, najdłużej na 20 m. Na drugi dzień pozwala się siedzieć 1—2 g. rano i wieczór itd., tak, że w dni następne zostawia się chorym zupełną swobodę. Chore te 10—12 dnia opuścić mogą klinikę. Metoda ta podnosi stan ogólny, reguluje czynność jelit, chore same oddają mocz, nie mają bolów krzyża, słowem przy rychłego wstawaniu usuwa się przypadłości, które są następstwem długiego leżenia. W przeciwieństwie do innych klinik sposób ten bywa stosowany także u osób wycieńczonych, niedokrwistych i tłustych. Przeciwwskazaniem tej metody są: gorączka ponad 38°, operacya zapalnych guzów przydatków, istniejące zakrzepy oraz bole głowy po znieczuleniu lędźwiowem. *Ow.*

Hartog. **W sprawie wczesnego wstawania po laparotomiach.** (*Zentralbl. f. Gyn.* 1908, Nr 47). Niesłusznie twierdzą niektórzy, jakoby Krönig był pierwszym, który polecił wczesne wstawanie po laparotomiach. Myśl tę poruszył Ries w Chicago już w roku 1899 i ogłosił w »Journ. of the Americ. Med. Assoc.«, — aczkolwiek spotkała się ona w Ameryce z zarzutami. Hartog ogłosił swą pracę w »Berl. klin. Wochs.« 1907, Nr 1., opierając się o 40 przypadków, a dopiero $^1/_2$ roku później wystąpił Krönig z tą samą sprawą. *B. Wojciechowski.*

Sigwart. **Pubiotomia przy miednicy miernie ścieśnionej.** (*Zentralbl. f. Gyn.* 1908, Nr 48). Peham, jako przedstawiciel szkoły Chrobaka, odrzuca pubiotomię wobec miednicy miernie ścieśnionej; w przeciwieństwie do tego uważa Bumm operacyę tę w pewnych przypadkach miernego ścieśnienia za uzasadnioną. Sellheim opisał pubiotomię przy sprzężnej przekątnej 10·5 cm i dużym płodzie (długość 57 cm, ciężar 3740 gr, obwód główki czoł. potyl. 36 cm). W przypadku autora chodziło o osobę trzeci raz rodzącą. Pierwszy płód obumarł wśród porodu, trepanacyą; w drugiej ciąży wywołanie porodu przedwczesnego, płód zmarł po 3 dniach. Sprzężna przekątna 10·5 cm, prawdziwa obliczona na 9 cm. Poród trzeci na czasie, bole silne bardzo, częste, przez 18 godzin po pęknięciu pęcherza, prawie bez wyniku. Duże przedgłowie, tętno płodu wreszcie głuche, wolne, odchodzi smółka. Główka ciągle ruchoma, o wchód oparta. Pubiotomia, kleszcze. Płód docucono. W połogu nieżyt pęcherza, ciepłota do 37·9. Chora wstała 20. dnia. Chód prawidłowy. Czaszka płodu twarda, ciężar 4200 gr. Zdaniem S. byłby obrót zapobiegawczy w tym przypadku zawiódł. *B. Wojciechowski.*

Weinberg. **Przypadek wyjęcia macicy z rzadkiego wskazania.** (*Zentralbl. f. Gyn.*, 1908, Nr 41). U chorej 38-letniej, dziedzicznie nie obciążonej, wystąpiła po raz pierwszy padaczka po połogu przebiegającym z gorączką. W. stwierdził badając wolne tyłozgięcie macicy i zwyrodnienie jajników. Gdy odprowadzenie macicy i założenie krążka oraz leczenie tamponami nie usunęło padaczki, wyjął W. macicę z przydatkami drogą pochwy, — poczem padaczka ustąpiła. *Ow.*

Rosenthal. **Zaciśnięcie dwunastnicy.** (*Archiv f. Gyn.* T. 86, Z. 1.). Od czasu bezgnilnego postępowania obawa groźniejszego zapalenia otrzewnej przy laparotomiach jest bardzo mała; dosyć często jednakże przebieg pooperacyjny nie jest zupełnie prawidłowy, występują bowiem objawy niedrożności jelit, lub zadrażnienia otrzewnej, jak wzdęcie brzucha, tętno przyspieszone, niemożność oddawania wiatrów, czkawka, wymioty. W takich przypadkach wczesne rozpoznanie jakości tych powikłań może uratować chorego, zwłaszcza przy niedrożności jelit. Podobne objawy mogą wywołać także ostre rozszerzenie żołądka i zaciśnięcie dwunastnicy. Przypadków takich opisano już cały szereg. Dla wyjaśnienia takich stanów opisuje autor stosunki anatomiczne i fizyologiczne dwunastnicy. Dwunastnica ma kształt podkowy; jest silnie przymocowana do tylnej ściany jamy brzusznej, zwłaszcza jej część wstępująca do kręgosłupa. Pomiędzy częścią dwunastnicy, a trzustką, leży tętnica krezkowa górna, rozgałęziająca się w krezce dwunastnicy i jelita cienkiego. Zachodzi pytanie, 1) czy przez pociągnięcie krezki może nastąpić niedrożność dwunastnicy, 2) w jakim kierunku musi pociąganie działać, 3) czem może być wywołane, 4) w którem miej-

scu ulega dwunastnica niedrożności. Spostrzeżenia Glenarda, Rokitanskyego, Heschla, Foerstera, Albrechta, Kundrata, Schnitzlera i autora dowodzą, że jeżeli pętle jelita cienkiego opadną do małej miednicy, wówczas krezka, a zwłaszcza w niej biegnąca tętnica krezkowa górna przyciska do kręgosłupa dwunastnicę, i to tak silnie, że powietrze, wdmuchiwane do żołądka, przechodzi dalej dopiero po użyciu dosyć wielkiego ciśnienia. Bäumler sądzi, że dwunastnicę uciska wtedy głównie trzon krezki, a mniejszą wagę przypisuje tętnicy krezkowej górnej; i on jednak znalazł przy autopsyi w jednym przypadku na dwunastnicy ślady ucisku, $^1/_2$ cm szerokie, któreby odpowiadały tętnicy. Tętnicę naciągają same pętle jelita cienkiego, opadając ku dołowi i według Glenarda obciążenie to wynosi 500 gr. Ciężar jelit powiększają zrosty w małej miednicy i ucisk na jelita od zewnątrz. Ten ucisk bywa wywołany samem położeniem chorego. Badania na zwłokach stwierdziły, że tętnica krezkowa uciska w tych razach dwunastnicę w jej części dolnej, leżącej poprzecznie na kręgosłupie i najłatwiej ulegającej przez to zaciśnięciu. Stan ten nie wytwarza się u wszystkich operowanych, tylko u osób z pewnem usposobieniem. Według Glenarda ulegają temu stanowi najłatwiej chorzy z opadnięciem jelit, zaś według Kundrata, ze zmianami w kształcie krezki, lub wązką szypułą krezki. Czynnikiem usposabiającym jest brak tłuszczu u osobników chudych, gdyż u nich tętnica wybitniej występuje z krezki jako postronek. Nadmierne przeczyszczanie przed operacyą wywołuje zapadnięcie się dwunastnicy; parcie w uśpieniu i podczas operacyi przyczyniają się do spychania jelit cienkich do miednicy małej. Objawem takiej niedrożności dwunastnicy są: pragnienie, wymioty, ale nie kałowe, zawierające dużo żółci. Ciepłota niepodniesiona, tętno szybkie, nadpępcze wzdęte. Leczenie: ułożenie chorego na brzuchu i sondowanie żołądka usuwa zwykle te przypadłości. W ostateczności dopiero radzi autor zrobić ponowną laparotomię i początkowo ograniczyć się tylko do podniesienia żołądka i okrężnicy i wysunięcia jelit cienkich z miednicy małej.

Dr Schlank.

Weindler. **W sprawie zapalenia miedniczek nerkowych u ciężarnych.** (*Gynaek. Runds.* 1908, Z. 22). Opis 2 przypadków typowych. Wnioski: W przypadkach ciąży z niejasnemi podniesieniami ciepłoty należy częściej odprowadzać mocz cewnikiem i poddawać go dokładnemu rozbiorowi. Główny nacisk musi się położyć na wczesne, jak najściślejsze leczenie zmian zapalnych pęcherza, jako następstwo zastoju moczu spostrzeganych często w ciąży. Przy wyraźnem zajęciu miedniczek nerkowych dążyć należy do tego, aby nawet w najcięższych przypadkach ograniczać się do postępowania wyczekującego.

B. Wojciechowski.

Okulistyka.

Charles Woodruff. **Niewystarczająca pigmentacya jako przyczyna chorób ocznych.** (*Ophtalmology, Milwaukee,* 1908, Vol. IV, Nr 3). Podobnie jak cały ustrój, tak też i oko może od zbytku światła bardzo ucierpieć, tem więcej, że na działanie jego wystawione jest bardziej, niż jakikolwiek inny narząd ustroju, i że zapomocą swych środków łamiących skupia promienie na swych najdelikatniejszych i najszlachetniejszych częściach składowych. Autor usiłuje udowodnić, że u jasnowłosych, niebieskookich blondynów niektóre zaburzenia oczne występują częściej, niż u brunetów. Mówi o drżeniu gałek ocznych, zdarzającem się często u bielców, o różnych rodzajach niedowidzenia, astenopii, połączonej ze światłowstrętem. bolami głowy i różnemi przypadłościami nerwowemi, które zwłaszcza jasnych blondynów trapią. Ubóstwem barwikowem tłómaczy też niektóre zmiany zapalne i zanikowe w siatkówce, naczyniówce i w nerwie wzrokowym. Okuliści gorących okolic Ameryki, których ludność w znacznej części stanowią przybysze europejscy, spotykają się bardzo często z przypadkami dokuczliwej, powodującej nieraz niezdolność do pracy astenopii, zależnej od niezborności rogówkowej nieraz małego stopnia, ale nie zawsze dającej się dokładnie wyrównać. Zdaniem autora w wielu razach chodzi tu o niezborność nabytą wskutek nieustannego mrużenia powiek przed rażącem światłem słonecznem. *K. W. Majewski.*

Campbell Posey i Fr. Krauss. **Trzy przypadki zmian kiłowych 3-rzędnych u murzynów.** (*Ophtalmology, Milwaukee,* 1908, Vol. IV, Nr 3). 1) *Arteriitis syphilitica retinae cum atrophia nervi optici.* Nawiązując do tego przypadku podaje autor wziernikowe znamiona, pozwalające odróżnić *arteriitis* od *perivasculitis syphilitica.* 2) *Syphilis cerebrospinalis, paralysis nervi oculomotorii totius et nervi trochlearis oculi sinistri.* Szybkie ustąpienie porażeń pod wpływem leczenia swoistego. 3) *Paralysis syphilitica oculomotorii totius.* 50-letnia chora z niewątpliwą kiłą cierpiała na bardzo silne bole głowy, które ustąpiły z chwilą, gdy zaczęła skutkiem porażenia ocznego widzieć podwójnie.

K. W. Majewski.

Bonsignorio. **O zastosowaniu zimna i ciepła w lecznictwie okulistycznem** (*Révue gén. d' Opht.* 1908, Nr 3). Gdy chodzi o ropień powierzchowny lub czyrak na ręce lub na nodze, gorące okłady, przyspieszające dojrzenie i pęknięcie ogniska ropnego, przyspieszają tylko korzystne zagojenie się sprawy, a w żadnym razie nie szkodzą. O wiele ostrożniej trzeba postępować, gdy chodzi o grożącą lub rozwiniętą już sprawę ropną na rogówce, lub w głębi gałki ocznej. Tu przyspieszać ropienie lub ułatwiać przebicie ropy na zewnątrz byłoby, zdaniem autorki, wielkim błędem, może to bowiem wywołać upośledzenie lub utratę wzroku, a nawet zniszczenie gałki. Wychodząc z takiego rozumowania, zaleca autorka okłady zimne w wielu przypadkach, w których okuliści prawie bez wyjątku stosują (zdaniem jej bezkrytycznie) ciepło. Przy wrzodach rogówki mają, wedle autorki, gorące okłady wywoływać rozpulchnienie i obrzmienie tkanek, otaczających rogówkę i utrudniać w ten sposób jej odżywienie, przez co przyczyniają się pośrednio do szerzenia się sprawy ropnej. Tak samo przestrzega autorka przed gorącymi okładami w przypadkach rozlanego zapalenia naczyniówki, które mogłoby pod ich wpływem przejść w zapalenie całego oka *(panophthalmitis).* Ciepło wskazane jest przedewszystkiem w szeregu cierpień ocznych, wywołanych przez zimno, jak w pewnych przypadkach zapalenia tęczówki, w zapaleniach nerwu wzrokowego, a także przy powikłaniach ocznych w przebiegu grypy. Tu należą także cierpienia oczne, zależne od pobytu w mieszkaniach wilgotnych, źle oświetlonych, więzieniach, w podziemiach itd. Wreszcie korzystnie działają ciepłe okłady we wszystkich zmianach ocznych, o których z góry wiemy, że do ropienia nie prowadzą, a gdzie zależy wielce na przyspieszeniu wessania chorobowych wytworów zapalnych. Zimno, które w wyższym stopniu, niż ciepło, zmniejsza i koi ból, stosuje autorka śmiało we wszystkich sprawach zapal nych. ropnych, gałki ocznej, aby przez to ograniczyć i powstrzymać szerzenie się ropnego rozpadu i zapobiedz grożącemu zapaleniu całego oka. *K. W. Majewski*

Leartus Comer. **Uwagi o miesieniu wibracyjnem w chorobach ocznych.** (*Ophtalmology, Milwaukee,* 1908, Vol. IV, Nr 3). Autor używa ulepszonego przyrządu wibracyjnego w różnych chorobach ocznych. Przekonał się on, że przy rozpoczynającej się zaćmie korowej, zwłaszcza przy klinowatych lub igiełkowych zaćmieniach, ułożonych promienisto, bystrość wzroku pod wpływem miesienia wibracyjnego częstokroć się poprawia. Skutek ten zależy niewątpliwie od poprawienia stosunków krążenia w przednim odcinku gałki ocznej, ale bywa tylko przemijający. Dobre usługi oddaje autorowi miesienie w przypadkach zapalenia twardówki (*scleritis* i *episcleritis*) i przy świeżych plamkach rogówkowych. Miesienie wibracyjne przyspiesza gojenie i wessanie osadów na błonie Descemeta przy surowiczem zapaleniu tęczówki, a nawet wpływa korzystnie na przebieg zapalenia naczyniówki w świeżych przypadkach i w pozagałkowych zapaleniach nerwu wzrokowego na tle zatrucia tytoniem lub wyskokiem. *K. W. Majewski.*

M. Teulières. **Leczenie surowicą przeciwbłoniczą ciężkich zakażeń oka.** (*Opht. Klinik,* 1908, Nr 67 i 8). Zapalenia oczne natury zakaźnej, a w szczególności zapalenie rogówki, ropniak komórki przodkowej, bywają niejednokrotnie tak groźne, że mogą w przeciągu kilku dni zniszczyć nietylko wzrok, ale także gałkę oczną. Środki miejscowe, jak środki przeciwgnilne, galwanokaustyka, nakłucie rogówki, keratotomia Saemischa, nie zawsze zdołają powstrzymać szerzenie się sprawy ropnej. Usiłowano zatem w podobnych przypadkach zastosować leczenie surowicami. Z początku stosowano przeciwko poszczególnym rodzajom ustrojów, znalezionych w wydzielinie ocznej, swoiste surowice np. surowicę przeciw-pneumokokową Römera. Gdy jednak przekonano się o dobrych wynikach surowicy przeciwbłoniczej także w zakażeniach pneumokokami, paciorkowcami i gronkowcami, zaczęto używać tylko tej surowicy przy różnych zakażeniach ocznych. W doświadczeniach swych używał autor również surowicy przeciwbłoniczej, która największe budzi zaufanie i którą najłatwiej otrzymać. Doświadczenie poucza, że wstrzykiwania surowicy przeciwbłoniczej nie grożą żadnem niebezpieczeństwem, a skuteczność ich równa się conajmniej skuteczności innych surowic. Zwyczajnie wstrzykuje się 10—20 cm^3 surowicy podskórnie i w miarę potrzeby wstrzykiwania te się

ponawia. Podspojówkowych wstrzykiwań surowicy oko nie znosi. Korzystniej może działałoby zakraplanie jej rozczynu do oka.

K. W. Majewski.

Dentystyka.

Preisswerk-Maggi. **Leczenie septycznych kanałów zębowych.** (*Deutsche Monatschr. f. Zahnheilk.* 1908, Z. 11). Przy leczeniu wstępnem trudno czasami o dostęp do kanałów; wówczas nietylko dozwolone, ale nawet wskazane jest odpiłowanie pewnej części korony, by tylko dostęp umożliwić; zwłaszcza przy zębach trzonowych należy niekiedy prawie całą koronę usunąć, jeżeli tylko korzenie przez to utrzymać można. Skoro kanały są widoczne, otwarte, wprowadza autor drobne igiełki, ostrożnie, tak, by treści kanałów nie wyprzeć do otworu szczytowego (*foramen apicale*); igiełki te wprowadza dopóty, dopóki kanał nie jest zupełnie czysty, (nie ograniczając się do tego, by na igiełce już nic nie wychodziło). Autor sprzeciwia się stanowczo czyszczeniu kanałów zapomocą wiercenia świdrami, chyba, że doszło już do wtargnięcia bakteryi do zębiny. Po mechanicznem wyczyszczeniu nastąpić musi czyszczenie chemiczne; do tego celu za najlepsze uważa autor: alkohol absolutny, kreozot, nalewkę jodową, 50% kwas solny, trikrezolformol, chlorfenol, w końcu jodoform. Jeżeli chodzi tylko o zakażenie miazgi zębowej, to po usunięciu miazgi czyści autor kanał alkoholem, co zupełnie wystarcza. Jeżeli atoli kanał zawiera treść cuchnącą, to autor stosuje dwa lub trzy środki odkażające, mianowicie nalewkę jodową, kreozot, przedewszystkiem zaś kwas solny, który działa nietylko bakteryobójczo, ale także rozszerza kanały i ewentualnie rozpuszcza złogi, światło kanałów ścieśniające. Trikrezolformol uważa autor za doskonały środek odkażający, ale ponieważ środek ten drażni żywe tkanki, przeto można go używać tylko tam, gdzie w korzeniu niema już żadnych składników żyjących. Po przeprowadzeniu takiego leczenia następuje zamknięcie kanałów, ale zupełnie zamyka się je tylko wtedy, gdy miazga była prawie nienaruszona. W innych razach wkłada się na pewien czas do kanałów jeden z powyżej podanych środków odkażających, zmieszany z tlenkiem cynku, na to kładzie się pastę, zrobioną z eugenolu i tlenku cynku. Pasta ta twardnieje pod wpływem śliny i nie przepuszcza żadnych płynów; mimo że jest twardą, daje się dobrze wywiercać. Czas, przez jaki ta wkładka pozostać musi, określa stan ozębnej. Lekkie zapalenie okostnej szybko mija po włożeniu wkładki i po ośmiu dniach można ząb zaplombować. Również i przetoki zębowe w przeciągu 1—3 tygodni zostają wyleczone, jeżeli się wkładki 2—3 razy przez ten czas zmienia. — Gdy wreszcie chodzi o stałe zamknięcie kanałów, to autor używa do tego celu z wielkiem powodzeniem pręcików ze srebra, — osadzając je na cemencie, do którego dla odkażenia dodaje nieco chinosolu. Pręcików srebrnych używa autor dlatego, że z powodu zaostrzonych końców łatwo je wprowadzić do kanałów, dalej, że zachowują żywotność korzeni zębowych i utrwalają je w stanie jałowym. Nadto części pręcików, wystające z kanałów, stanowią dobrą podporę dla plomby. *Dr Immerglückówna.*

Möller. **Lizoform w praktyce dentystycznej.** (*Deutsche Monatschr. f. Zahnheilk.* 1908, Z. 7). A. poleca w miejsce karbolu lub krezolu używanie 2% rozczynu lizoformowego, codziennie świeżo sporządzanego. Lizoform bowiem niema własności żrących, nie niszczy narzędzi i niema przejmującego zapachu karbolu lub krezolu. — Przy ropniaku i torbielach jamy Highmora przepłukuje autor 1% lizoformem z bardzo dobrym skutkiem. Cuchnienie z ust usuwa lizoform z domieszką spirytusu miętowego. Ze względu na mniej przykry smak i taniość używa M. ½—1% rozczynu lizoformu zamiast wody utlenionej do przepłukiwań jamy ustnej. Od pewnego czasu używa M. lizoformu, w którym jest 20% formaliny, do odkażania kanałów zębowych, przyczem zapalenie ozębnej nie występuje tak często, jak się to zdarza przy stosowaniu formaliny. *Dr Immerglückówna.*

Möller. **Zastosowanie fityny w dentystyce.** (*Deutsche Monatschr. f. Zahnheilk.* 1908, Z. 10). A. podawał fitynę dzieciom chorym na krzywicę z niedostatecznie rozwiniętem uzębieniem mlecznem. W 42 przypadkach zauważył autor korzystny wpływ tego leczenia na uzębienie stałe, tak że ono było trwalsze; cały stan ogólny dzieci i rozwój umysłowy przytem bardzo się poprawiał. We wszystkich tych przypadkach były zęby mleczne niebieskawo zabarwione, szkliwo kruche i zęby ulegały prędko próchnieniu; zęby stałe wykłuły się natomiast, jako prawidłowe, lekko tylko żółtawo podbarwione. — Dla osesków najodpowiedniejszym jest według autora przetwór »fortosan«, mieszanina fityny z cukrem mlecznym, łatwo się w wodzie rozpuszczająca. *Dr Immerglückówna.*

Fritsche. **Kilka objawów, towarzyszących znieczuleniom przez wstrzykiwanie.** (*Deutsche Monatschr. f. Zahnheilk.* 1908, Z. 7). Przy stosowaniu nowokainy 2% z suprareniną występuje prócz objawów podmiotowych, cały szereg przedmiotowych. Wskutek wstrzyknięcia porażone zostają nietylko nerwy czuciowe, lecz także ruchowe; i tak przy wstrzykiwaniu w zakresie zębów przednich występuje typowy obraz częściowego porażenia nerwu twarzowego. Czasem występują zapalenia i tworzą się ropnie, które przypominają obraz ropni na dziąśle (*parulis*). W niektórych przypadkach powstaje wtedy zaczerwienienie i obrzęk dziąseł, po 24 godzinach w pewnem miejscu błona śluzowa jest zupełnie od okostnej przez ropę oddzielona, a powstały w ten sposób ropień na dziąśle ma nieregularne granice. Drugiego dnia zwykle sprawa się zaostrza, a po 8—10 dniach mija. Jeżeli się natnie taki ropień, to wydobywa się z niego dość rzadki płyn ropny, a ściany tego ropnia nie ściągają się w tym stopniu, jak przy zwykłym ropniu (*parulis*). Objawy podmiotowe w stosunku do przedmiotowych są nieznaczne, a dreszcze i gorączka, częste objawy ropnia dziąsłowego (*parulis*), tutaj tylko rzadko występują. F. spostrzegał przypadki o cięższym przebiegu: i tak po wstrzyknięciu nowokainy przy wyjęciu górnego lewego zęba trzonowego nastąpiła zgorzel dziąsła i obumarcie pewnej części kości. Wreszcie opisuje F. przypadek, gdzie w następstwie wstrzyknięcia nowokainy przy usuwaniu dolnego VI. zęba trzonowego wystąpił po 2 dniach ropień, który jednak nie ograniczył się tylko do tego miejsca, ale po paru dniach wystąpił w pobliżu zdrowego lewego kła, później w obrębie wstępującej gałęzi żuchwy. Tembardziej zadziwia to autora, że wstrzykiwanie wykonane być miało z zachowaniem zupełnej aseptyki. F. przytacza też w końcu występujące czasami przy wstrzykiwaniach wybroczyny i podbiegnięcia krwawe. — (Przy sposobności nadmienić należy, że w krakowskim uniwersyteckim zakładzie dentystycznym, mimo iż stosuje się nowokainę od 1½ roku codziennie conajmniej w 8 przypadkach, w całym dotychczasowym materyale, wynoszącym około 6000 przypadków, — żadnego z powyżej wymienionych objawów nie spostrzeżono. *Przyp. sprawozd.*). *Dr Immerglückówna.*

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie dn. 25. listopada 1908 (w klinice położn.-ginek.).

Przewodniczy wiceprezes kol. Gliński. Obecnych członków 80.

1) Kol. Cetnarowski przedstawił przypadek **obustronnego brodawczaka jajowodów** (*papilloma tubae cysticum*), powołując się na rzadkość danego przypadku. W całem piśmiennictwie zebrano 28 przypadków (Rzecz przeznaczona do druku).

2) Kol. Cetnarowski mówił następnie **o wczesnem wstawaniu po zabiegach operacyjnych.** Wczesne posadzenie na krześle w 1—3 dni po zabiegu operacyjnym chroni głównie przed zakrzepem, przed zapaleniem płuc opadowem, i jest znakomitym czynnikiem po wielkich utratach krwi, np. w przypadkach wycięcia mięśniaków (*myomectomia*).

3) Kol. Friediker przedstawił przypadek: **haematocolpos et haematometra** (*uterus didelphys*). Przypadek o tyle ciekawy, że z ropy po wypuszczeniu zropiałego krwiaka pochwy wyhodowano czyste hodowle prątka okrężnicy.

4) Prof. Rosner przedstawił przypadek **hypertensio, ren gravidarum,** leczony tyreoidyną Burrougs-Wellcome z dobrym wynikiem.

5) Kol. Schlank przedstawił przypadek **hebosteotomii** sposobem Bumma. Sekretarz *Dr Cetnarowski.*

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

XXII. Posiedzenie naukowe dnia 20. listopada 1908.

I. Dr Rydygier jun. *a*) wygłasza odczyt: **Nowy sposób przecięcia gardła** (*pharyngotomia*); (rzecz przeznaczona do druku); *b*) przedstawia chorych po operacyi **wycięcia odźwiernika z powodu wrzodu żołądka.** — W dyskusyi zauważa Prof. Rencki, że wycięcie takie daje niewątpliwie korzyści, nie zapobiega jednak tworzeniu się nowych wrzodów, choćby po

kilku latach. Najkorzystniejsze będzie wycięcie z powodu wrzodu, w którym zaczyna się bujanie rakowe.

II. Prof. Rydygier przedstawia 9-letniego chłopca, u którego przed kilku miesiącami dokonał **wszczepienia moczowodu do pęcherza.** U chorego tego z objawami zwężenia jelit od lat kilku, znalazł prelegent w czasie operacyi znacznie rozszerzony lewy moczowód z powodu zwężenia, usadowionego tuż przy pęcherzu. Ze względu na stan sił chorego i znaczną część zachowanego miąższu nerki, wszczepił wówczas moczowód w ściany brzuszne. Utworzona przetoka ulegała często zaciskaniu przez ściągający się bliznowato otwór skórny. W kilka miesięcy po operacyi pierwszej dokonał prelegent wszczepienia moczowodu do pęcherza. W tym celu rozciął koniec moczowodu w linii podłużnej na dwie części, zagiął brzegi naciętego pęcherza na wewnątrz na 2—3 cm, i wprowadziwszy koniec moczowodu między owe brzegi, zszył je z moczowodem. Przed drugą operacyą odszedł z moczem kamyczek; wobec tego sądzi prelegent, że owo bliznowate zwężenie moczowodu powstało również na tle kamicy nerkowej. Wynik bardzo dobry. Dziś chory ma się zupełnie dobrze. — W dyskusyi podnosi Prof. Ziembicki wcale dobry stan nerki mimo tak znacznego rozszerzenia moczowodu; Prof. Barącz zapytuje, czyja to metoda wszczepienia, którą posługiwał się prelegent, Prof. Schramm, czy prelegent miał trudności, jakie powstają u dzieci wskutek gwałtownego kurczenia się pęcherza po jego nacięciu. — Prof. Mars wszczepiał niejednokrotnie moczowody sposobem Fritscha z pomyślnym wynikiem; kilkakrotnie z powodu skrócenia musiał naciągać moczowód, co przy sposobie wspomnianym da się wykonać. — Prof. Gluziński omawia swe doświadczenia z podwiązywaniem moczowodów u psów i wpływ jego na czynność i zmiany anatomiczne nerek. Po usunięciu podwiązki znajdował mowca w moczu nizki ciężar właściwy, białko, ciałka czerwone. Chlor z początku skąpy, potem wracał do normy. — Dr Ziembicki W., który badał mocz przedstawionego chorego, znajdował dość znaczne różnice w jego składzie przed i po operacyi.

XXIII. Posiedzenie naukowe dnia 4. grudnia 1908.

1) Prym. Opolski wygłasza odczyt (część kliniczna): **O odrębnej postaci skazy krwotocznej.** Skreśliwszy stan naszych dotychczasowych wiadomości o skazie krwotocznej, omawia O. przypadek, spostrzegany na swym oddziale, który mimo typowych cech skazy krwotocznej, do żadnej z jej odmian nie da się zaliczyć. Choroba dotyczyła mężczyzny 42-letniego, przedtem zawsze zdrowego, u którego wystąpiło przed rokiem cierpnienie kończyn górnych. Wkrótce potem zaczęły pojawiać się na ciele plamy krwawe, które za najmniejszym nawet urazem występowały obficie. Gdy chory zgłosił się do szpitala, całe ciało pokryte było licznemi podbiegnięciami krwawemi, nad którymi niejednokrotnie brakowało naskórka tak, że krew nawet kropelkami wydobywała się na powierzchnię. Objawy dermografii bardzo wybitne. Inne narządy zmian nie wykazywały. Mocz prawidłowy. Krew: ciałek czerwonych 4,250.000, białych 8200, Hgl. 97, neutrofilów 60%. Inne ciałka w stosunku prawidłowym. Dopiero pod koniec życia wystąpiły zmiany w składzie krwi, mianowicie: ciałek czerw. 3,200.000, białych 20.400, Hgl. 100, c. wielojądrzastych 20%, limfocytów małych 16%. Badanie kału wykazało obfite węgorki. Badania bakteryologicznego krwi nie zdążono wykonać, chory bowiem wśród postępującej poprawy uległ nagle ropnicy, z której zmarł w ciągu 5 dni. Na podstawie obrazu klinicznego i przy uwzględnieniu badania patolog.-histologicznego rozpoznał prelegent dermatozę krwotoczną na tle zwyrodnienia woskowego naczyń krwionośnych. Nie rozstrzygając, co było pierwotne, czy schorzenie naczyń krwionośnych, czy inna sprawa ogólniejszej przyrody z następowem zwyrodnieniem naczyń, podnosi prelegent szczególną w danym przypadku skłonność do zmian woskowych w mięśniach gładkich, bezotoczkowych, — i w sercu.

Dyskusya: Dr Ziembicki W., który badał krew w tym przypadku, podnosi wprost niezwykłą łatwość występowania krwawienia po najmniejszym nawet urazie. Palcem można było wypisywać krwawe smugi na skórze chorego. Zabarwienie ciemne krwi kazało myśleć o methemoglobinie, której jednak nie wykazano. Obecności węgorków nie chce mowca wprowadzać w jakiś etyologiczny związek ze samą chorobą. — Prof. Rencki podnosi niestosunek między wskaźnikiem hemoglobiny, a ilością ciałek czerwonych. Sądzi, że w przypadku tym był jakiś stan septyczny, t. j. nie bakteryjny, ale toksyczny, który przedewszystkiem oddziaływał szkodliwie na krew. — Dr Hornowski na podstawie najstarszych i najrozleglejszych zmian w przewodzie pokarmowym sądzi, że z niego wyszła przyczyna owych zmian naczyniowych. Skazę zaś krwotoczną sprowadza do określonego szeregu spraw, gdzie brak wyraźnej przyczyny łączy się z obecnością zmian naczyniowych. — Prof. Gluziński zaznacza, że skaza krwotoczna nie jest, ściśle biorąc, jednostką chorobową, ale towarzyszyć może szeregowi innych spraw (posocznica, białaczka itp.). W przypadku przedstawionym niema znanej przyczyny. Wspominając o pewnych sprawach skórnych, a także o zapaleniu skórnomięsnem (*dermatomyositis*), sądzi mowca, że w przypadku tym chodziło o cierpienie skórne. Podkreśla brak krwawień na błonach śluzowych, n. p. w jelitach, co jest tu rzeczą ważną; węgorkowi nie przypisuje znaczenia. — Dr Feuerstein przypomina, że przy *polymyositis* zmiany krwotoczne są bardzo rzadkie. — Prym. Pisek uważa za punkt wyjścia choroby zmiany w jelitach, wywołane obecnością węgorka, a całą sprawę nazwałby *angiohyalinosis diffusa septica.*

Witold Nowicki.

Warszawskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie kliniczne dn. 20 października 1908 r.

1) Wojciechowski przedstawił kilka prób **odczynu Wassermana.** Mowca objaśnił trudności techniczne prób omawianych, oraz najlepszą drogę otrzymania wyników dodatnich w przypadkach rzeczywiście istniejącego przymiotu.

2) Bregman przedstawił **przypadek cierpienia rdzenia, wywołanego atoksylem.** Chora 21-letnia, od 12 lat cierpiała na łuszczycę. Chora otrzymała 8 wstrzyknięć atoksylu co 2-gi dzień, następne 8 codziennie, ostatnie 2 w ciągu jednego dnia. Po 2 dniach wystąpiły: ból głowy, szum w głowie, dreszcze, mdłości i wymioty. Nazajutrz chora nie mogła już poruszać nogami, wystąpiły bóle i parestezye w kończynach dolnych i krzyżu, zatrzymanie moczu. Po 10 dniach przybyła chora do szpitala. Porażenie kończyn dolnych prawie zupełne, mięśnie wiotkie, odruch kolanowy lewy zniesiony, prawy minimalny, odruchy ścięgna Achillesa zniesione, obustronny objaw Babińskiego. Zaburzenia czucia na obu kończynach dolnych oprócz przedniej powierzchni ud. Ostre od tępego odróżnia chora nie zawsze, czucie bolu i ciepła upośledzone. Chora przysiada z trudem. Mocz odchodzi mimowolnie kroplami. W szpitalu stan szybko się poprawił; po kilku tygodniach chora mogła już stać; obecnie, po pół roku, chodzi już dobrze, odruchy ścięgien wzmożone, odruch Babińskiego wyraźny, zaburzenia czucia mniej wyraźne. B. rozpoznaje sprawę rozlaną w lędźwiowej i krzyżowej części rdzenia, która dotyczy przeważnie istoty szarej rdzenia. Przedstawiony przypadek jest pierwszym opisanym przypadkiem cierpienia rdzenia wskutek zatrucia atoksylem.

3) Anastazy Landau wygłosił wykład: **O przemianie ciał purynowych w ustroju ludzkim.** Rzecz ta oparta jest przeważnie na własnych badaniach prelegenta, przeprowadzonych na 8 osobnikach, i dotyczących z jednej strony przemiany purynowej w warunkach prawidłowych, z drugiej zaś, wpływu, jaki na nią wywiera podawanie wyskoku. Wnioski prelegenta są następujące: 1) Wydajność N purynowego, rsp. kwasu moczowego endogenicznego, utrzymuje się u tego samego osobnika na poziomie mniej więcej stałym, natomiast u poszczególnych osobników jest ona wybitnie różna. 2) Różnice indywidualne w wydajności kwasu moczowego endogenicznego zależne są od niejednakowej jego produkcyi. 3) Wydzielanie kwasu moczowego egzogenicznego podlega *ceteris paribus* nie mniejszym wahaniom indywidualnym, aniżeli kwas moczowy endogeniczny. 4) Wahania pomienione przypisać należy niejednakowej u poszczególnych osobników sprawności urykolitycznej. 5) Sprawność urykolityczna zależy nietylko od właściwości indywidualnych, lecz w znacznej mierze jeszcze od składu chemicznego wprowadzonego materyału purynowego. 6) Wyskok wzmaga wydajność ciał purynowych endogenicznych wskutek toksycznego rozpadu nuklein ustroju. 7) Wyskok obniża wydajność kwasu moczowego egzogenicznego zależnie od zmniejszonej przepuszczalności nerek dla U.

W dyskusyi zarzuca Rzętkowski, że trudno się zgodzić z twierdzeniem prelegenta co do zależności przemiany ciał purynowych od wyskoku. Twierdzi on, że wyskok wzmaga powstawanie U endogenicznego, działając jako trucizna. Wątpliwem jest, czy wyskok w dawkach, podawanych przez prelegenta, tak wybitnie niszczył jądra, iżby aż wymagał jako jad wydalanie U egzogenicznego. Daleko możliwszem jest, że wskutek przyspieszonego krążenia i dopływu krwi do mięśni, następuje pod wpływem wyskoku lepsze wyługowanie z nich hypoksantyny,

skąd wzmożona zawartość U egzogenicznego w moczu, na który i ewentualnie zwiększone wydzielanie moczu nie pozostałoby bez wpływu. W przeciwieństwie do U endogenicznego U egzogeniczny zmniejsza się pod wpływem wyskoku, co autor objaśnia zaburzeniem w działalności nerek, które nie przepuszczają pod wpływem podrażnienia wyskokiem U egzogenicznego. A więc ma tu chodzić o zatrzymanie U, którego nie było co do U endogenicznego. Należało stwierdzić to zatrzymywanie przez zbadanie krwi co do U; należałoby stwierdzić, czy istotnie wyskok drażni nerki.

Mutermilch podnosi doniosłość stwierdzonego przez prelegenta faktu, że kwas moczowy pochodzenia pokarmowego wydziela się z ustroju w ilościach zmiennych, wahających się od 40%—85%; obala to twierdzenie Buriana i Schura, że w ustroju ludzkim stale ulega utlenieniu 50% wprowadzonego kwasu moczowego. Co się tyczy wpływu wyskoku na przeróbkę ciał purynowych w ustroju ludzkim, to z doświadczeń prelegenta wynika, że wyskok wiedzie do tego samego, co cierpienia dnawe, t. j. do zmniejszonego wydzielania kwasu moczowego egzogenicznego. Fakt ten jednakże, zdaniem mowcy, nie przemawia jeszcze zgoła za tem, aby zachodziło tu utrudnione wydzielanie kwasu moczowego i zatrzymywanie jego w ustroju wskutek niedostatecznej czynności wydzielniczej nerek. Przypuszczenie podobne możnaby uczynić jedynie po stwierdzeniu we krwi osobników, którym podawano wyskok, zwiększonej zawartości kwasu moczowego i to tylko wówczas, gdyby wzmożenie to było zmienne, mniejsze lub większe, w zależności od stopnia zaburzenia sprawności nerek.

Halpern podnosi wpływ w omawianej sprawie innego wyskoku, a mianowicie trójatomowego t. j. gliceryny. Parę lat temu autor wykonał jedno doświadczenie z podawaniem gliceryny. Chory otrzymał 3 razy w ciągu dnia po łyżce stołowej gliceryny. Ilość kwasu moczowego endogenicznego wzrosła wtedy w porownaniu do okresu prawidłowego o 25%. Nie przesądzając, od czego zależeć może to zjawisko, czy może od toksycznego wpływu gliceryny, mowca dodaje jeszcze, że gliceryna różni się niewiele od kwasu tartronowego; a kwas tartronowy ma wraz z mocznikiem służyć do syntezy kwasu moczowego w ustroju, jak przypuszcza Wiener. Dotychczas przypuszczenia Wienera nie znalazły potwierdzenia; sprawy syntezy kwasu moczowego nie należy jeszcze uważać za rozstrzygniętą. Wiadomo, że u ptaków i gadów kwas moczowy powstaje syntetycznie w znacznych ilościach. Może więc różnica pomiędzy tymi gatunkami zwierząt, a ssakami, jest tylko ilościowa; w każdym razie nie mamy dostatecznej zasady, by odrzucać syntetyczne powstawanie kwasu moczowego u ssaków. *J. L.*

Polskie Towarzystwo lekarskie w Kijowie.

Posiedzenie w dniu 10/23. września 1908.

A. Nowiński: **O diplokokowem zapaleniu otrzewnej u dzieci.**

Dyskusya: B. Kozłowski przypomina sobie z dawnych czasów przypadek ropnego zapalenia otrzewnej u 4-letniej dziewczynki. Badania bakteryologicznego nie było, to też zrazu uważał K. ten przypadek za zapalenie na tle wiewiórowem, teraz jednakże skłania się do przypuszczenia, że chodziło raczej o *peritonitis diplococcica.* Ropa przebiła sobie wreszcie sama ujście przez powłoki brzuszne w okolicy pępka, dziecko zaś wyzdrowiało po 3½-miesięcznej chorobie. Co się tyczy leczenia w podobnych przypadkach, to można czekać, o ile sprawa jest otorbiona, należy natomiast operować nie zwlekając, jeżeli chodzi o rozlane zapalenie otrzewnej. — Pietkiewicz zwraca uwagę na trudności rozpoznawcze bez badania bakteryologicznego. W przypadku prelegenta kilku doświadczonych klinicystów popełniło pomyłki rozpoznawcze, przypuszczając już to dur brzuszny, już to poprostu tylko zatrucie, z kiszek pochodzące. — Sągajło sądzi, iż z tego, co powiedział prelegent o przebiegu choroby w jego przypadku, wnosićby można, że jedynym objawem, pozwalającym na kliniczne rozpoznanie różniczkowe pomiędzy pneumokokowem zapaleniem otrzewnej, a zapaleniem wyrostka robaczkowego, byłaby biegunka. — Januszkiewicz pyta, czy bębnica była znaczna, czy ból był silny, czy występowała wyraźna twardość ścian brzusznych *(defense musculaire)*, gdyż ten objaw właśnie należy uważać za jedną z głównych oznak zapalenia otrzewnej, i to mianowicie zapalenia, wywołanego przez bardzo jadowite drobnoustroje (gronkowce, paciorkowce, prątki okrężnicy), gdy natomiast ten objaw może nie występować wcale, lub występować słabo przy łagodniejszych postaciach zapalenia otrzewnej, jak to było n. p. w przypadku prelegunta. — Sochacki zaznacza, że czasem trudno powiedzieć, czy się ma przed sobą sprawę rozlaną, czy też otorbioną; co się zaś tyczy twardości mięśniowej, to bywają wyjątki. Pamięta on sam chorego, po którego śmierci sekcya wykazała zapalenie otrzewnej wskutek dziurawiącego wrzodu dwunastnicy, pomimo tego, że za życia owej twardości mięśni u chorego zauważyć nie było można.

Sekretarz *S. Trzebiński.*

Posiedzenie d. 15/28 października 1908 r.

M. Łążyński: **O powikłaniach zapalenia wyrostka robaczkowego.**

W dyskusyi zapytuje Trzebiński, jakie stanowisko zajmuje prelegent wobec podniesionej ostatnimi czasy sprawy znaczenia przeważnie mięsnej dyety w etyologii zapalenia wyrostka robaczkowego. — Łążyński uważa taki wpływ mięsnej dyety za możliwy, a tłómaczy go sobie w ten sposób, że dyeta mięsna wytwarza podłoże, korzystne dla niektórych drobnoustrojów, wpływając na ich rozwój i wzmożenie jadowitości, a obecność takich drobnoustrojów usposabia właśnie wyrostek do zapaleń. — Sochacki przytacza różne powikłania, o których prelegent nie wspomniał, a więc, ropnie zaotrzewne, podotrzewne, przynerkowe. W niektórych przypadkach wyrostek zmartwiały może dostać się do kiszki i wydzielić się z kałem; w innych razach, o ile wyrostek leży w małej miednicy, powstaje tam ropień, który następnie opróżnia się do pęcherza. Kiedyindziej znowu przedziurawienie następuje przez pępek. Jednem z powikłań zapalenia wyrostka może być *perisigmoiditis.* — Łążyński, zgadzając się, iż tytuł odczytu wymagał poniekąd wyszczególnienia wszelkich możliwych powikłań, zaznacza jednak, że miał bardziej na celu próbę ustalenia teoryi powikłań. — Nowiński zastrzega się przeciwko wysuwaniu na pierwszy plan etyologii bakteryologicznej; należy uwzględnić także warunki anatomiczne. U dzieci n. p. zapalenie wyrostka występuje na ogół rzadziej, niż u dorosłych, nietylko dlatego, że w ich przewodzie pokarmowym wytwarza się mniej jadowitych drobnoustrojów, co mogłoby w istocie zależeć od sposobu żywienia się, lecz także dlatego, że dziecięcy przewód pokarmowy jest wogóle łatwiej drożny od przewodu osób dorosłych. — Rumszewicz zapytuje, czy nie znajdowano przy zapaleniu wyrostka robaczkowego zmian w jego gruczołach, n. p. złogów, kamyków i t. d. Byłoby to możliwe ze względu na to, że gruczoły te są wogóle mało czynne, chociaż jest ich tam dużo. — Łążyński nie może o tem nic pewnego powiedzieć, zdaje mu się jednak, że czynnik ten w etyologii zapaleń wyrostka chyba wielkiej roli nie odgrywa, gdyż zapalenie to występuje stosunkowo rzadziej u dzieci, u których owe gruczoły są szczególnie liczne. — Januszkiewicz przypomina, iż z racyi obfitości grudek limfatycznych Nothnagel przyrównywał wyrostek robaczkowy do migdałków. Dalej zaznacza, iż przy zapaleniu wyrostka znajduje się w wyrostku robaczkowym rzadziej właściwe ciała obce, częściej zaś kamyki kałowe; to też, jeśli dyeta przeważnie mięsna usposabia do tej choroby, to dlatego, że sprzyjając rozwijaniu się zaparcia stolca, ułatwia tworzenie się kamyków kałowych. Że prelegent nie uwzględnił wszystkich możliwych powikłań, tego nie uważa J. za błąd z jego strony, gdyż takie zadanie jest prawie nie do wykonania. — Łążyński zwraca uwagę, że kamyki kałowe wyrostka bywają zwykle tak miękkie, iż trudno je nazwać »kamykami« w prawdziwem tego słowa znaczeniu, na co Januszkiewicz odpowiada, że pomimo swej względnej miękości są one dość twarde, aby zamknąć światło wyrostka. — Makowski: Prelegent wspomniał, że przy operacyi, jeżeli nie możemy odnaleźć miejsca niedrożności jelita z przyczyny jego odęcia, ratujemy sytuacyę, zakładając tymczasową przetokę kałową dla wypuszczenia treści w postaci gazów i kału, co jest rękoczynem ryzykownym ze względu na łatwość zakażenia otrzewnej. Z tego względu należy zwrócić uwagę na to, że istnieje teraz przyrząd, podany przez Klappa, służący do wypróżnienia jelita w podobnych przypadkach. Składa się on z długiej rurki metalowej o końcu zaokrąglonym, który zakłada się do otworu sztucznego w jelicie i natychmiast zaciąga zapomocą szwu kapciuchowego, poczem zapomocą rurki gumowej, wstawionej do poprzedniej, a połączonej drugim końcem z pompką, wyciąga się treść jelita. Po opróżnieniu jelita zaszywa się natychmiast otwór.

Sekretarz *M. Łążyński.*

Towarzystwo lekarzy polskich w Chicago.

Posiedzenie w d. 31 października 1908 r.

1) Uchwalono zwrócić się do zarządu Związku Nar. Polsk. z prośbą u udzielenie pozwolenia na trzymanie w bibliotece związkowej czasopism lekarskich, które Towarzystwo abonuje dla swych członków miejscowych.

2) Nastąpił odczyt dra Czakiego: **O konserwatywnem leczeniu w chorobach kobiecych.** Prelegent, przebiegając w ogólnym zarysie stopniowe doskonalenie się sposobów leczenia w miarę postępu nauki, zatrzymał się dłużej nad okresem zapału operacyjnego w ginekologii. W okresie tym n. p. było bardzo rozpowszechnione stosowanie wycięcia jajników. Dopiero z biegiem czasu, gdy poznano niekorzystne skutki tego zabiegu na ustrój kobiecy, ograniczono znacznie jego wskazania, szczególnie u osób młodych. Podobnie nadużywane było skrobanie macicy itp. Natomiast wyrobiły się całe metody leczenia konserwatywnego, oddające często daleko większe i pewniejsze usługi. Do takich metod należy miesienie i miejscowe leczenie gorącem powietrzem za pomocą specyalnych przyrządów. Dr Czaki kładzie szczególny nacisk na wprowadzanie w praktykę tych metod, które dziś dają świetne rezultaty w klinikach europejskich. Nawet niektórzy dawniejsi twórcy operacyjnych sposobów leczenia, jak n. p. Chrobak, dziś sami zalecają powstrzymywać się od operacyi w bardzo wielu przypadkach, zalecając natomiast leczenie zachowawcze, obecnie bardzo już udoskonalone.

W dyskusyi zabiereli głos: Dr Boguszewski, Bożyncz, Napieralski, Pietrzykowski, Sass, Statkiewicz, Szwajkart, Zaleski i Żurawski.

Sekretarz *Dr Jul. Szymański.*

Stosunek psychiatryi do psychologii.[1]

Napisał

Dr Jan Mazurkiewicz

(Ciąg dalszy).

Avenarius uznaje trzy rodzaje zależności stosunków, mianowicie zależność fizyczną, zależność matematyczną i jako trzeci rodzaj — zależność »pierwiastków« i »charakterów« od określonych zmian systemu C, t. j. układu nerwowego. Jeżeli układ nerwowy, jako składnik człona centralnego albo przeciwczłona pewnej koordynacyi zasadniczej, zmienia się w pewien określony sposób, to pierwiastki, względnie charaktery, składające ową koordynacyę zasadniczą, zmieniają się w niej lub w innej koordynacyi, której przeciwczłon, zawierający system C, przyjmujemy za człon centralny.

Np. człon centralny, oznaczony jako »Ja«, dla którego igła, przenikająca w koniec jego palca stanowi przeciwczłon, bywa powiększony o pierwiastek »ukłucie«, charakteryzowany jako »bolesny«. Ten trzeci rodzaj stosunku funkcyonalnego możnaby oznaczyć jako »zależność psychologiczną« w przeciwieństwie do fizycznej i materyalnej. Ta zależność psychologiczna jest wówczas tak mało mistyczną i transcedentalną, jak zależność fizyczna i matematyczna.

Te same myśli, które Avenarius wypowiada językiem filozoficznym, wprowadzając przytem niektóre nowotwory językowe w celu uniknięcia mianownictwa psychologii scholastycznej, w inny sposób udowadnia fizyk Mach.

Pierwsze oryentowanie się człowieka — twierdzi Mach — powstaje przez utworzenie pojęć »ciała« i swojego »Ja«, jako mających względną stałość. Np. takie ciało, jak mój stół — może być jaśniej lub ciemniej oświetlony, może być inaczej pomalowany, pozostaje jednak zawsze tym samym stołem. Ekonomia myślenia sprawia, iż to, co sobie odrazu wyobrażamy, to określamy jednem imieniem, jedną nazwą.

Również względnie stałą jest moja psychika, moje »Ja«, ze swojemi wspomnieniami, uczuciami i pożądaniami. Rzekoma ta stałość jest wynikiem ciągłości — zmian, powolnie występujących. Dalsze oryentowanie się polega na spostrzeganiu właśnie zmian, zachodzących w tych względnie stałych »kompleksach«, jak je Mach nazywa. Dopiero teraz występują składniki kompleksu, jako jego własności, cechy. Owoc może być słodki, a inny gorzki. Czerwoną barwę spostrzegamy na wielu ciałach. Bliskość jednych ciał jest nam przyjemna, innych nieprzyjemna. W ten sposób spostrzegamy, że różne kompleksy mają wspólne składniki. Od ciał odłącza się to, co jest widzialne, słyszalne, czego można się dotknąć. To, co jest widzialne, ma barwę i kształt. W ten sposób kompleksy rozpadają się na »pierwiastki«, t. j. na ostatnie elementarne składniki, których dotąd nie możemy dalej rozłożyć.

Oznaczmy te kompleksy barw, tonów itd., które zazwyczaj nazywamy ciałami, przez litery ABC...; ten kompleks, który nazywa się naszem ciałem i który się tylko niektóremi właściwościami odróżnia od poprzednich, — przez litery KLM..; wreszcie kompleks obrazów pamięciowych, popędów i t. p. przez $\alpha\beta\gamma$...

Zazwyczaj światu cielesnemu ABC... przeciwstawiany bywa kompleks KLM... $\alpha\beta\gamma$... jako »Ja«; niekiedy jednak jako »Ja« pojmowany jest tylko $\alpha\beta\gamma$..., zaś jako świat cielesny KLM... ABC... Z początku ABC... wydaje się niezależnem od »Ja« i przeciwstawia mu się jako coś samodzielnego. Przytem ciało nasze KLM... zdaje się w silniejszym związku pozostawać z $\alpha\beta\gamma$..., a także z ABC..., aniżeli te dwa ostatnie ze sobą.

Ściśle jednak biorąc, okazuje się, że ABC... jest zawsze współokreślane przez KLM... Sześcian, widziany zblizka, jest duży, zdaleka mały, prawem okiem jest inaczej widziany, aniżeli lewem, przy zamkniętych oczach wcale nie jest widziany. Zatem własności tego samego ciała są zmodyfikowane, uwarunkowane przez nasze zmysły. Należy zatem stwierdzić, że różne ABC... związane są z różnemi KLM...

Przypuśćmy — mówi Mach — że widzimy ciało z ostrzem *o*. Jeżeli dotkniemy się ostrza *o*, otrzymujemy ukłucie. Możemy *o* widzieć, nie czując ukłucia. Skoro jednak czujemy ukłucie, znajdujemy *o* na skórze. Widzialne ostrze jest zatem stałem jądrem, do którego według okoliczności przyłącza się ukłucie jako coś przypadkowego. Przy częstem powtarzaniu się analogicznych zdarzeń, przyzwyczajamy się wreszcie zapatrywać na wszystkie własności ciał, jako na działania, pochodzące ze stałych jąder i wpływające za pośrednictwem ciała na nasze »Ja«, i nazywamy je wtedy »wrażeniami«. Ale przez to tracą jądra całą swoją treść zmysłową, stają się tylko symbolami myślowymi. Wtedy świat składa się wyłącznie z naszych wrażeń i przyjmowanie wspomnianych stałych jąder i ich wzajemnego działania, z którego powstały nasze wrażenia, wydaje się zupełnie zbytecznem i bezcelowem.

Taki właśnie wniosek wyprowadza teorya monizmu spirytualistycznego, według której świat materyalny jest fikcyą, w rzeczywistości zaś istnieje tylko świat psychiczny. Taki wniosek jest jednak równie mało krytycznym i realistycznym, jak i wręcz odwrotny wniosek monizmu materyalistycznego, który sprawy psychiczne uważa za funkcyę, za czynność układu nerwowego, produkującą np. wyobrażenia czy uczucia tak, jak wątroba produkuje żółć.

Zazwyczaj kompleks $\alpha\beta\gamma$... KLM... jest przeciwstawiany jako »Ja« kompleksowi ABC... Wkrótce jednak dołączamy zazwyczaj do swego »Ja« te pierwiastki ABC..., które silniej działają na $\alpha\beta\gamma$..., jak ukłucie, ból. Wkrótce jednak przez takie uwagi, jak przed chwilą przytoczone, okazuje się, że prawo zaliczania ABC... do »Ja« nigdzie nie ustaje. Stąd »Ja« może być tak rozszerzone, że wreszcie obejmuje świat cały. »Ja« nie jest ostro odgraniczone od otoczenia, granica jest dość nieokreślona i może być dowolnie przesuwana. Tylko przez zapomnienie o tem i przez nieświadome zwężanie i jednocześnie rozszerzanie granic, powstają metafizyczne trudności materyalistów i spirytualistów.

Skoro jednak poznaliśmy, że rzekome jedności »ciało« i »Ja« są tylko pomocą do przedwstępnego oryentowania się i służą tylko dla pewnych praktycznych celów (aby chwycić za przedmiot, aby siebie od bólu uchronić), to musimy je uznać przy dalej idących naukowych badaniach za niedostateczne i nietrafne. Wtedy odpada przeciwieństwo pomiędzy »Ja« i światem, pomiędzy wrażeniem i rzeczą, i pozostaje tylko związek pierwiastków $\alpha\beta\gamma$... BBC... KLM... dla którego właśnie to przeciwieństwo było tylko częściowo trafnym i niezupełnym wyrazem. Ten związek nie jest niczem więcej, jak tylko połączeniem owych pierwiastków z innemi równoznacznymi pierwiastkami (mianowicie z czasem i przestrzenią). Nauka powinna ten związek najpierw uznać i zoryentować się w nim, zamiast dążyć zaraz do wyjaśnienia jego egzystencyi.

(Dok. nast.).

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Izba lekarska zachodnio-galicyjska ogłosiła w Nrze 46. »Przeglądu lekarskiego« i w »Głosie lekarzy« ostrzeżenie przed przyjmowaniem opróżnionej przez nieuzasadnione usunięcie Dra E. posady kolejowej w Krakowie. Izba lekarska, uznając krzywdę, wyrządzoną koledze przez jego przełożoną władzę, z całą energią wobec niej wystąpiła, wysyłając memoryały do Dyrekcyi kolei północnej i do c. k. Ministerstwa kolejowego, a równocześnie ogłosiła ostrzeżenie przed przyjmowaniem posady, a w szczególności także i zastępstwa bez porozumienia się z Izbą lekarską. Wydział Izby uważał za swój obowiązek wystąpić energicznie w obronie pokrzywdzonego kolegi, a zasiągnąwszy w tej mierze fachowego zdania i nabrawszy przekonania o wyrządzonej krzywdzie, liczył na solidarność kolegów, która już dawniej w wielu wypadkach korzystne pozwalała osiągnąć wyniki. Niestety udaremniono działalność Izby. Przekonawszy się w niniejszym przypadku, że nie można liczyć na solidarność kolegów, Wydział Izby podaje do wiadomości, że po tem smutnem doświadczeniu nie będzie nadal mógł podejmować interwencyi w podobnych sprawach. Brak solidarności w tej ostatniej sprawie jest tembardziej ubolewania godny, że Izba lekarska stosownie do orzeczenia Trybunału administracyjnego nie może pociągnąć do odpowiedzialności tych, którzy się do ostrzeżenia Izby nie zastosowali.

Dr Ackerman m. p. *Dr Schoengut* m. p.

Izba lekarska zachodnio-galicyjska ogłasza, co następuje: Z dniem 1 stycznia 1909 r. wejdą w życie postanowienia ustawy o ubezpieczeniu urzędników prywatnych. Według interpretacyi czynników miarodajnych ustawa ta będzie zastosowana do lekarzy, pozostających w stałym stosunku służbowym do szeregu instytucyi prywatnych, a po części i publicznych, w pierwszym rzędzie do lekarzy Kas chorych, a także po części do lekarzy gminnych i t. p. Przewidziane ustawą ubezpieczenia zastępcze, które na mocy umowy z pracodawcami zawierać można, dałyby lekarzom znacznie większe korzyści, niż obowiązkowe ubezpieczenie w zakładzie pensyjnym dla urzędników prywatnych. Izba lekarska zaleca przeto lekarzom, by jak najrychlej postarali się o takie umowy zastępcze, albowiem tylko do 1. stycznia 1909 r. nie są ważne ograniczenia w zawieraniu tych umów według § 64 ustęp II. ustawy.

Dr Ackerman m. p. *Dr Schoengut* m. p

Wydział Związku krajowego lekarzy Galicyi i W. Ks. Krakowskiego rozesłał następującą odezwę:

Według nowego statutu członkami Związku są tylko ci lekarze, którzy podpiszą zobowiązanie. Wydział uprasza więc najusilniej wszystkich lekarzy w kraju, ażeby niezwłocznie, a w każdym razie przed 31. grudnia b. r. przesłali Wydziałowi podpisane zobowiązania, które w dniach najbliższych doręczone będą wszystkim Kolegom.

Zarazem zwraca Wydział uwagę członków dawnego »Towarzystwa Samopomocy«, że gdyby do 31. grudnia b. r. zobowiązań nie nadesłali, toby nie mogli być wpisani na listę członków »Związku«.

Według nowego statutu wkładka roczna wynosi 24 kor. Wydział będzie jednak Kolegów mniej zasobnych uwalniał od połowy wkładki, skoro tylko się o to zgłoszą.

Na powiatach należy jak najrychlej ukonstytuować organizacye powiatowe i wybrać delegatów na Zjazd delegatów. W tym celu uprosi Wydział w dniach najbliższych Kolegów na powiatach, ażeby się tą sprawą zajęli.

Dokonanie organizacyi Kolegów w całej Galicyi jest sprawą niezmiernie pilną, choćby już z tego względu, że tylko liczna i ukonstytuowana już organizacya może się przyłączyć do Związku państwowego. Bardzo znaczne zdobycze osiągnął Związek państwowy w nowym projekcie ustawy o ogólnem ubezpieczeniu jedynie tylko przez to, że Związek, obejmujący w ściśle solidarnym zastępie wszystkich lekarzy austryackich (prócz Galicyi!), posiada należytą siłę i nadał żądaniom swym wobec b. prezydenta ministrów Becka odpowiadający temu nacisk. Obecnie podejmuje Związek państwowy podobną akcyę wobec projektu ustawy o chorobach zakaźnych, podnosząc przytem postulaty, które obchodzić powinny Kolegów w Galicyi nietylko jako lekarzy, ale i jako obywateli kraju. Ze względu na interesa naszej ludności należy dążyć do dalszych jeszcze zmian projektu tej ustawy, postulatami Związku państwowego dotąd nie objętych, a można to z nadzieją rzeczywistego skutku uczynić tylko wtedy, gdy sprawy te Związek państwowy programem swym obejmie. Na to zaś potrzeba koniecznie, aby do Związku państwowego należała już nasza organizacya, obejmująca wszystkich lekarzy w Galicyi.

Dla wszystkich tych spraw odbył się w dniach 29. i 30. listopada b. r. Zjazd delegatów Związku państwowego, na który prezydyum Związku państwowego zaprosiło jako gościa przedstawiciela Związku galicyjskiego, prezesa Radcę Dworu Prof. Wicherkiewicza. Sprawozdanie z tego Zjazdu podane będzie osobno

Wydział Związku krajowego lekarzy.

Sekretarz: *Dr Weinsberg.* Prezes: *Prof. Dr Wicherkiewicz.*

W warszawskiem Stowarzyszeniu lekarzy polskich odbyło się 27. XI. b. r. posiedzenie Wydziału dla spraw szpitalnictwa, na którem Dr Rzętkowski przedstawił referat w sprawie żywienia chorych szpitalnych. Koszt żywienia chorego powinien być z dotychczasowych 27½ kop. dziennie podniesiony przynajmniej do 35 kop. Przyrządzanie potraw powinno być udoskonalone i kierowane przez zawodowego kucharza; kuchnia powinna być lepiej urządzona, mieć odpowiednie ubikacye pomocnicze. Po ożywionej dyskusyi postanowiono na podstawie referatu Dra Rzętkowskiego przedstawić w tej sprawie memoryał magistratowi m. Warszawy. (Med. i Kron. lek. 49). *R.*

Kasę pomocy dla wdów i sierót po lekarzach, urządzoną zupełnie na wzór »Kasy pogrzebowej« w naszym »Związku lekarzy« (dawnej »Samopomocy«) i w jednem z Towarzystw lek. dolnoaustryackich (Wohlfahrtsverein f. Hinterbliebene der Ärzte), założyli lekarze peszteńscy. Jeżeli umrze jeden z członków kasy, płacą wszyscy inni po 2 kor., a wdowa lub sieroty otrzymują odrazu sumę znaczniejszą, t. j. tyle razy po 2 kor., ilu członków liczy kasa. *R.*

Cenzura lekarska w Rosyi. Według nowych przepisów Rady lekarskiej przy ministerstwie spraw wewn. mają Urzędy lekarskie w całem państwie rosyjskiem cenzorować ogłoszenia i reklamy o sprzedaży leków, środków higienicznych i kosmetycznych i przyrządów, o praktyce lekarzy, dentystów, felczerów, położnych i t. d., o czynnościach farmaceutów i droguistów, o zdrojowiskach i wodach mineralnych. Cenzura ma dotyczyć tylko treści i rysunków. Zabronione są ogłoszenia kłamliwe, przesadne, powoływanie się na zezwolenie lub zalecenie przez Radę lub Urząd lekarski, ogłoszenia o środkach płciowych. *R.*

Lekarzy szkolnych przybywa w Niemczech szybko. Już przed paru laty było ich z górą 500; obecnie jest przeszło 1000 gmin takich, które ustanowiły własnych lekarzy szkolnych, między niemi są nawet gminy bardzo małe, a w ks. Meiningen wprowadzono już obowiązkowo lekarzy we wszystkich bez wyjątku szkołach. W Austryi natomiast sprawa ta jest zaledwo w początkach; najlepiej stoi ona w Bernie morawskiem; z bliższych nam miast ma już Ostrawa morawska lekarzy szkolnych.— Charlottenburg pod Berlinem odznacza się bardzo postępowem urządzeniem. Oto, ponieważ wiele dzieci, u których lekarze szkolni stwierdzili chorobę, nie leczyło się mimo to z powodu niezamożności rodziców, przeto obecnie odsyłają lekarze szkolni dzieci takie wprost do lekarzy miejskich. Leczenie jest bezpłatne, a leków i t. p. dostarcza miejski Zarząd dobroczynności. *R.*

Przetwory, dopuszczone do ogólnego obrotu w aptekach w Austryi: a) bez ograniczenia: »Neutrales Eisen-Manganpeptonat Rieche« (rozp. min. z 16. XI. 1908 l. 32672), »Laxigen« — łagodnie przeczyszczające powidełka owocowe (rozp. z 10. XI. 1908 l. 34290), »Darmol« — kołaczyki czekoladowe z fenolftaleiną (rozp. z 16. XI. 1908 l. 31907); b) tylko na przepis lekarski: kołaczyki formaminowe (rozp. z 16. XI. 1908 l. 32674), »Mergal« (capsulae gelatinosae hydrargyri cholici cum tannalbino) (rozp. z 16. XI. 1908 l. 31723). (Öst. Sanitätswesen 49).

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 22. XI. do 5. XII. br. doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego w pow. Bóbrka (Brzozdowce 1), Bohorodczany (Mołotków 14), Buczacz

(Zadarów 1, Krasiejów 1), Jaworów (Kobylnica ruska 3), Nadwórna (Przerośl 5, Nadwórna 1), Śniatyn (Rożnów 3), Stryj (Koziowa 3), Zborów (Jarczowce 1). *T.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 22. do 28. XI. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy 7 † 1 (w tem obcych 2 † 1), krztuśca —, płonicy 53 † 7 (5 † —), odry 3, duru brzusznego 3 † 1 (2 † 1), czerwonki 1, gorączki połogowej —.

Od 29. XI. do 5. XII. zgłoszono przypadków: błonicy 6 † 1 (1 † —), płonicy 57 † 7 (4 † —), odry 2 † 1, duru brzusznego 1, gorączki połogowej 1 † 1, nagm. zapalenia opon 1 † 1. *Dr Legeżyński.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 29. XI. do 5. XII. 1908 urodziło się dzieci żywo 64, nieżywo 5; zmarło osób 72 (w tem obcych 28), z nich z gruźlicy 10 (5), zapalenia płuc 8 (1), błonicy 6 (3), płonicy 2 (1), odry 3 (1), duru brzusznego — (—). *S.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 29. XI. do 5. XII. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy 14 † 6 (w tem obcych 4 † 3), krztuśca 5, płonicy 5 † 2 (3 † 1), odry 55 † 3 (3 † 1), duru brzusznego 7 † 3 (—). *Dr Sch.*

Wiadomości bieżące.

Kraków. Wyszedł z druku pierwszy (podwójny) zeszyt Tomu I »Przeglądu pedyatrycznego« (za drugie półrocze 1908), dedykowany przez wydawców, których grono dobiegło już 90, »Nestorowi pedyatrów polskich, Czcigodnemu Prof. M. L. Jakubowskiemu«. Zeszyt ten obejmuje osiem prac oryginalnych: 1) Prof. Lewkowicza »O prosówce płoniczej«, 2) Dr Kopcia: »Badania nad lipemią trawienną u osesków«, 3) Dr Korybut-Daszkiewicza: »Zapalenie miedniczek nerkowych u dzieci«, 4) Dr Brudzińskiego: »O zakażeniu mieszanem odrą i płonicą u dzieci«, 5) Dr Jasińskiego: »O plamach niebieskich w okolicy krzyża, znanych pod nazwą plam mongolskich«, 6) Dr Schoenaicha: »O popłoniczem zapaleniu gruczołów chłonnych«, 7) Dr St. Kramsztyka: »Przyczynek do rozpoznawania i patogenezy choroby Barlowa«, 8) Prof. Raczyńskiego: »O zachowaniu się chlorków w płonicy i jej powikłaniach«, dalej sprawozdanie poglądowe Dr Mogilnickiego: »O tężyczce«, 31 streszczeń z bieżącego piśmiennictwa zagranicznego (Jahrb. f. Kinderheilk., Monatschrift f. Kinderheilk., Archives de méd. des enf., Münchener med. Wochenschrift, Deutsche med. Wochenschrift, Ruskij Wracz, Revue d'hyg. et de med. inf.), ugrupowanych według przedmiotu, a opracowanych przez Drów. Mogilnickiego, Schoenaicha, Jasińskiego, Skórczewskiego, Łyskawińskiego, Kurellę i Śmiechowskiego, następnie 5 ocen dzieł pedyatrycznych niemieckich i francuskich, pióra Prof. Lewkowicza i Dr J. Landaua, korespondencye o stanie pedyatryi i instytucyach pedyatrycznych w Berlinie (Dr S. Kramsztyk), Monachium (Dr T. Kopeć), o stanie ortopedyi zagranicą (Dr Tomaszewski), wreszcie sprawozdania: z sekcyi pedyatrycznej Tow. lekarskiego łódzkiego, z Towarzystwa pedyatrów w Petersburgu (Dr Ostrowski), z wykładu Dr Szczawińskiej w warszawskiem Stowarzyszeniu lekarzy polskich. Całość obejmuje 13 arkuszy druku. Następny zeszyt (za pierwszy kwartał 1909) zawierać będzie oprócz prac oryginalnych Dr S. Kramsztyka, W. Królikowskiego, Tomaszewskiego i Terenkowicza, jeszcze znaczniej rozwinięty dział sprawozdawczy, w którym będzie uwzględnione także piśmiennictwo angielskie, a być może również już i włoskie.

— Wydział Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej zajmował się na posiedzeniu w dniu 4. grudnia b. r. następującemi sprawami: 1) Udzielono po 100 koron zapomóg sześciu wdowom po lekarzach. 2) Skarbnik zawiadomił, że wpłynęło 1812 koron 20 hal. na rok 1909 z instytutu zapomogowego we Wiedniu. 3) W sprawie Dra B. z J., odstąpionej Izbie przez Wydział krajowy, uchwalono odpowiedzieć, że Dr B. nie wykroczył przeciw obowiązkom lekarza okręgowego, a co do strony etycznej Izba przeprowadza dochodzenia i ewentualnie udzieli Drowi B. odpowiedniego pouczenia. — Na posiedzeniu zaś Wydziału w d. 8. XII. b. r. zajmowano się: 1) Sprawą niezastosowania się kolegów do ogłoszenia Izby co do przyjmowania posady kolejowej po Drze E.; uchwalono ogłosić stosowny komunikat. 2) Uchwalono w sprawie Dra L. zarekwirować aktu od sądu krajowego karnego w Krakowie. 3) Uchwalono ogłosić komunikat, zalecający lekarzom, podpadającym pod postanowienia ustawy o ubezpieczeniu urzędników prywatnych, by jak najrychlej zawierali umowy o ubezpieczenie zastępcze.

— Na posiedzeniu miejskiej Komisyi sanitarnej w dniu 3. XII. 1908 r. uchwalono zażądać, aby na posiedzeniach odczytywano wszystkie rozporządzenia władz wyższych, które magistrat otrzymuje w sprawach zdrowotnych i aby ostatnie reskrypty namiestnictwa na tem posiedzeniu podano do wiadomości członków. Obecnemu kierownikowi miejskiego Urzędu zdrowia drowi Schaittrowi wyrażono uznanie za działalność w kierunku tłumienia chorób zakaźnych w mieście. Dalej uchwaliła komisya przedstawić magistratowi, aby wobec podań o koncesye na droguerye, zajęto stanowisko odmowne, ponieważ liczba droguery w mieście jest dosyć znaczna, a niektóre droguerye trudnią się pokątną sprzedażą lekarstw. W sprawie utworzenia nowej apteki publicznej przy ul. Bożego Ciała lub przy ul. Grzegórzeckiej, komisya oświadczyła się nieprzychylnie. Przedłożone przez dra Schaittra sprawozdanie o przebiegu chorób zakaźnych w mieście w ostatnim miesiącu, o wyniku tegorocznych szczepień publicznych, o pojawieniu się jaglicy (egipskiego zapalenia ócz) w jednej z ochron izraelickich i o środkach wprowadzonych przez magistrat przeciw rozwlekaniu tej choroby, komisya przyjęła do wiadomości. Lekarzowi miejskiemu drowi Bernacińskiemu wyraziła komisya uznanie za przeprowadzenie kursu dezynfektorów. W końcu komisya wyraziła opinię, że instytucya »Kropli mleka« zasługuje na subwencyę z funduszów gminy, rozpatrywała sprawę reorganizacyi Pogotowia ratunkowego w kierunku wprowadzenia stałych dyżurów lekarskich, sprawę stłumienia pokątnego wyszynku napojów wyskokowych w sklepikach spożywczych i zmniejszenia liczby wyszynków w mieście, oraz uchwaliła wyrazić zdanie, że reorganizacya miejskiej służby zdrowia jest naglącą koniecznością i jaknajrychlej przeprowadzona być powinna.

— Prof. Dr Tadeusz Browicz otrzymał tytuł i charakter radcy dworu.

— Redakcya Kalendarza lekarskiego, rozesławszy zamówione egzemplarze, uprasza o ewentualne reklamacye w razie niedoręczenia Kalendarza.

— Wskutek śmierci ś. p. Dra Sikory otworzyło się miejsce dla lekarza w Jabłonkowie na Śląsku austryackim, zapewniające dostatnie utrzymanie. Miejsce to, ważne jako stanowisko na kresach, jest zagrożone. Informacyi udzieli chętnie redakcya »Przeglądu lek.«. Pośpiech konieczny.

— Sprzedaż licytacyjna zakładu leczniczego w Jaworzu na Śląsku austryackim (Ernsdorf), mianowicie budynków, mieszczących łazienki, halę maszyn, salę gimnastyczną,— domu zdrojowego, deptaka i parku, ogłoszona została na d. 16. XII. b. r. w sądzie powiatowym w Bielsku. Cena wywołania 17.000 K (1/3 wartości). Zakład ten powinienby pozostać w rękach polskich.

Lwów. Krajowa Rada Zdrowia wydała na posiedzeniu w d. 8. XII. b. r. opinie w sprawie utworzenia okręgów sanitarnych w Wilamowicach, Horożance, Niebylcu, Dobrowodach, w sprawie taks szpitalnych w Przemyślu, Tarnopolu, Lubaczowie i Husiatynie, w sprawie elementarza higienicznego dla uczniów, w sprawie awansu lekarzy rządowych do VIII rangi, a wreszcie postanowiła przez c. k. Namiestnictwo przedstawić Wydziałowi krajowemu konieczność bezwłocznej budowy domu porodowego w Krakowie.

— Prof. Dr Józef Szpilman otrzymał tytuł i charakter radcy dworu.

— Habilitacya Dra Jana Pruszyńskiego w zakresie farmakologii została przez ministerstwo zatwierdzona. Doc. Dr Pruszyński przenosi się wkrótce na stałe z Warszawy do Lwowa (Tyg. lek. 50).

— Na posiedzeniu Komisyi sanitarnej miejskiej w d. 5. XII., zwołanem na osobne żądanie Namiestnictwa, podał fizyk miasta statystykę chorób zakaźnych z listopada. Płonicy było 174 przypadków, objętych nią domów jest 87, w miejskim szpitalu zakaźnym jest chorych na nią 39. Po tem sprawozdaniu i obszernej dyskusyi uchwalono ulepszyć ewidencyę przypadków płonicy; przypomnieć publiczności o obowiązku donoszenia, postarać się, by lekarze epidemiczni poświęcali swym obowiązkom cały dzień; zamykać odrazu po pierwszym przypadku płonicy odpowiednią klasę szkolną na dni 14; w razie liczniejszych przypadków ma być natychmiast zasięgane zdanie komisyi sanitarnej; ozdrowieńców po płonicy dopuszczać do szkół najwcześniej w 6 tygodni od dnia zachorowania; wykonywać ściśle odpowiednie odkażanie i t. d. (Słowo polskie 572). Według »Kuryera lwowsk.« obecny na posiedzeniu krajowy referent sanitarny, r. dw. Merunowicz, wytknął po sprawozdaniu fizyka usterki

w działalności miejskiego urzędu zdrowia i oznajmił z upoważnienia namiestnika, że jeśli nie nastąpi poprawa, rząd zamianuje na podstawie §. 102 ustawy gminnej do tłumienia epidemii komisarza rządowego. Dalej podaje »Kuryer«, że pomimo obrony magistratu, podjętej przez przewodniczącego komisyi, wiceprez. miasta Rutowskiego i fizyka miejskiego, stwierdzono w dyskusyi, iż magistrat otworzył szkoły zbyt wcześnie wbrew opinii miejskiej komisyi sanitarnej i że zaszły istotnie inne jeszcze usterki.

— W tych dniach minęło trzydziestolecie pracy piśmienniczej Dra Wilhelma Piska, obecnego prezesa Towarzystwa lekarskiego lwowskiego. Pierwszą swą pracę ogłosił Dr Pisek w naszem piśmie, które też składa mu życzenia wieloletniej jeszcze, równie owocnej pracy.

— Zarząd Towarzystwa nauczycieli kół wyższych z Prof. Drem Twardowskim na czele zajął się utworzeniem stałego komitetu polskiego dla międzynarodowych Zjazdów higieny szkolnej, odbywających się co 3 lata (najbliższy Zjazd w Paryżu w r. 1910). Plan inicyatorów tej sprawy obejmuje: 1) wyjednanie dla komitetu polskiego równorzędnego stanowiska z innymi komitetami narodowymi; 2) wydanie ilustrowanego francuskiego dziełka o szkolnictwie polskiem; 3) zorganizowanie wykładów; 4) organizacyę udziału wystawców polskich w wystawie zjazdowej i t. d. Do udziału w akcyi i pracach grona inicyatorów zaproszone zostały krajowe Towarzystwa lekarskie odezwą, podpisaną przez Prof. Twardowskiego i wybitnych działaczy na polu higieny szkolnej, Prof. Panka, Dra E. Piaseckiego, Dra W. Serbeńskiego, insp. szk. p. Bruchnalskiego i p. Aleksandrowiczównę. — Na międzynarodowym Zjeździe lekarskim w Peszcie w r. 1909 ma być utworzona sekcya medycyny szkolnej, o ile liczba zgłoszeń będzie dostateczna. Zgłaszać się należy do dra Schuschny w Peszcie. Możeby i tę sprawę objął powstający komitet polski.

Warszawa. Nagrody im. Pileckiego przyznała Kasa im. Mianowskiego drowi Józefowi Bielińskiemu za dzieło: »Królewski uniwersytet warszawski« i drowi Stanisławowi Serkowskiemu za dzieło: »Mleko i mleczarstwo w oświetleniu higieny i bakteryologii.

— Na ogólnem zebraniu warszawskiego Towarzystwa naukowego w d. 25 XI. b. r. obrani zostali: Prof. Ignacy Baranowski członkiem honorowym, doc. dr Władysław Janowski sekretarzem generalnym Towarzystwa, dr H. Nusbaum członkiem czynnym wydziału III (matematyczno-przyrodniczego). Na temże posiedzeniu przyjęto wniosek dra Dunina w sprawie utworzenia przy Towarzystwie zakładów naukowych (»Gaz. lek.« 48).

— Redaktorem czasopisma »Zdrowie«, wydawanego przez warszawskie Towarzystwo higieniczne, wybrany został dr Józef Jaworski.

— »Kronika dentystyczna«, kończąc trzeci rok wydawnictwa, przypomina, że upływa właśnie lat 10 od chwili, gdy ś. p. dr Dzierżawski podjął pracę około wzbudzenia ruchu naukowego dentystycznego w Polsce i rozpoczął wśród najtrudniejszych warunków wydawać »Przegląd dentystyczny«. Poświęcając gorące słowa wspomnienia pierwszemu pionierowi na tem polu, stwierdza »Kronika«, że idea jego przyjęła się i coraz szersze obejmuje kręgi.

Dotychczasowa działalność »Kroniki dentystycznej« daje rękojmię, że pismo to i nadal skutecznie pracować będzie w kierunku, wytkniętym przez ś. p. Dzierżawskiego, i że zasłuży na równe, jak dotąd, uznanie.

— Zapisy ś. p. Konstantego Mireckiego, zmarłego w Radomiu w r. 1903, zostały przez sąd ostatecznie zatwierdzone. Między innemi otrzyma Akademia Umiejętności w Krakowie 50.000 rb., kasa im. Mianowskiego 5000 rb., szpital św. Kazimierza w Radomiu 40.000 rb., szpitalik dziecięcy w Warszawie 10.000 rb.

— O »martwych« funduszach szpitalnych podaje »Kraj« (270) następującą wiadomość: W obrębie ziemi suwalskiej istnieje 6 szpitali, w tem dwa w Suwałkach, chrześciański i żydowski, i po jednym: w Augustowie, Kalwaryi, Maryampolu i Sejnach. W dwóch miastach powiatowych: Wyłkowyszkach i Władysławowie szpitali zupełnie niema, co ludność odczuwa bardzo dotkliwie. Są co prawda zebrane na ten cel pewne fundusze, lecz te spoczywają w Banku Państwa. Uruchomienia ich staje na przeszkodzie to, że władze uznają, iż fundusze te nie są jeszcze wystarczające na ufundowanie zakładów dobroczynnych. Z legatów martwych ziemi suwalskiej spoczywają w Banku Państwa następujące: na szpital w Wyłkowyszkach 15.700 rb., na przytułek w Augustowie 12.500 rb., na szpital we Władysławowie 2200 rb., na przytułek w Maryampolu 3300 rb. z zapisu Jotalka i 400 rb. z innych funduszów.

— W maju r. p. ma się odbyć w Łodzi wystawa dentystyczna.

Mianowania. Dr E. Schwarzenberg-Czerny zastępcą konsulenta sanitarnego Dyrekcyi kolei państw. w Krakowie w VIII kl. rangi; dr A. Ackermann, lekarz kolejowy w Krakowie, posunięty został do IX rangi; lekarzami miejskimi we Lwowie w VIII randze mianowani lekarze miejscy dr Tatarczuch, Jaszczurowski i Elektorowicz.

Zmarli. Okulista Prof. Schnabel w Wiedniu; naczelny lekarz garnizonu w Znaimie, dr Konrad Majewski w Wiedniu; dr Walenty Bader, b. sekundaryusz szpitala lwowskiego, w Arco; dr Zajączkowski w Wilnie.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 16. grudnia o godzinie 6 wieczór w Domu lekarskim** (Radziwiłłowska 4). Porządek dzienny: Wybór Zarządu Towarzystwa na r. 1909.

Posiedzenie sekcyi jarosławskiej Towarzystwa lek. galic. odbędzie się **w poniedziałek dnia 21. grudnia 1908** o godzinie 6 wieczorem w szpitalu powszechnym w Jarosławiu z następującym porządkiem dziennym: 1) Demonstracya chorych, kol. Dr Fechter. 2) O pielęgnowaniu chorych, część II, kol. Dr Sawicki. 3) Wnioski członków.

O liczne zebranie się Szan. Kolegów uprasza biuro sekcyi
Dr Feldmann, sekretarz. *Dr Wł. Czyżewicz*, przewodniczący.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Arhovin. (Dr Knauth. Münch. med. Wochenschr. 1908 Nr. 16). Knauth leczył w ostatnim roku 29 przypadków wiewióra arhowiną, mianowicie 11 przyp. ostrych, 11. podostrych względnie przewlekłych zapaleń cewki moczowej, wreszcie 7 przyp. zapalenia przyjądrza. Podawano dziennie 4—6 kapsułek po 0,25 i trzymano chorych w okresie najostrzejszym w łóżku, stosując lód. Gdy wydzielina stała się wodnisto-śluzową, opuszczali chorzy łóżko i przechodzili do żywienia zwykłego, bez wyskoku. Przy wiewiórze przewlekłym otrzymywali chorzy od początku zwykłe żywienie szpitalne i arhowinę w powyższej dawce. Wszyscy, nawet posiadający wrażliwy żołądek, znosili arhowinę dobrze, nie skarżąc się nigdy na dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego. Nie spostrzegano wyprysków, ani podrażnienia nerek. W ostrym okresie zauważano bardzo korzystny wpływ na parcie na mocz, uczucie pieczenia przy oddawaniu moczu i bolesne wzwody. Objawy te występowały już w pierwszej nocy łagodniej, a ustępowały zupełnie zazwyczaj najdłużej w trzecim dniu pobytu w zakładzie. Równocześnie z szybkiem ustępowaniem objawów ostrych skracał się w ogóle cały dalszy przebieg leczenia. Wszystkie przypadki zapalenia ostrego ograniczyły się do przedniej części cewki moczowej i nie dawały nigdy powodu do zapaleń najądrza lub pęcherza na tle wiewióra. Nie spostrzegano też dotąd w żadnym przypadku nawrotu.

Co do kosztów leczenia, które w leczeniu szpitalnem uwzględniać się musi, to wypadają one cokolwiek wysoko. Tę stronę ujemną wyrównują natomiast korzyści, wynikające ze skrócenia przebiegu chorobowego i zapobiegania zgubnym powikłaniom. *Hr. W.*